Rok XLII. Kraków 14 Lutego 1903. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wyniki badań nad surowicą przeciwpaciorkowcową *(strept. scarlatinae)*, dokonanych w latach 1895—1897 w Zakładzie higieny i oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Podali

Prof. Odo Bujwid i Dr. Norbert Gertler.

(Według odczytu na posiedzeniu w tow. lek. w Krakowie dnia 29 października 1902 roku).

Na wstępie zaznaczamy, że praca niniejsza nie została jeszcze całkowicie ukończoną i jeśli dotychczasowe wyniki jej podajemy do publicznej wiadomości, to dlatego tylko, że podobnej treści komunikat został ogłoszony przez Mosera na Zjeździe w Karlsbadzie. Wobec wyników naszych badań i znacznie wcześniejszego zastosowania metody z małemi zmianami wielce podobnej, jakkolwiek zachodzi konieczność dalszych studyów nad sprawą, której jeszcze dużo do rozwiązania brakuje, a która już teraz pewne wzbudza nadzieje, sądzimy, że słusznem będzie, jeśli głos zabierzemy.

Gdyby dalsze badania potwierdziły wyniki pracy Mosera i naszej, wówczas istotnie mielibyśmy w ręku środek przeciw pewnym postaciom płonicy; z góry jednak należy być przygotowanym na mniejszą jego skuteczność, niż ta, jaką widzimy przy działaniu antytoksyny przeciwbłoniczej; nie mamy tu bowiem do czynienia z właściwą antytoksyną, lecz z substancyą bakteryobójczą, która działa na paciorkowce, występujące w płonicy.

Niewątpliwie paciorkowiec odgrywa w płonicy rolę pierwszorzędną, jako przyczyna najgroźniejszych powikłań. Jeżeli się uda przeciwdziałać paciorkowcowi, działanie zarazka płoniczego ulegnie zmianie, względnie osłabieniu. A może też dalsze badania udowodnią, że płonica zależy jedynie od właściwego paciorkowca? Dotąd tego powiedzieć nie można.

Korzystne wyniki leczenia błonicy surowicą wywołały dążenie do szukania na tej drodze środków leczniczych przeciw innym chorobom zakaźnym. Jednym z takich jest surowica przeciwpaciorkowcowa. Wobec rozmaitości stanów chorobowych, które należy odnieść do działania paciorkowca, odkrycie Marmorka[1]) zostało przyjęte z najżywszem zadowoleniem w świecie lekarskim. Wkrótce pojawiły się sprawozdania o zastosowaniu tej surowicy w róży i gorączce połogowej, w zakażeniu ropnem, w płonicy, a więc w chorobach, w których w większej lub mniejszej mierze paciorkowiec odgrywa rolę czynnika przyczynowego.

Dla lekarzy chorób dzieci zabłysła nadzieja, że surowica przeciwpaciorkowcowa będzie dla płonicy tem, czem surowica przeciwbłonicza dla błonicy. Jakkolwiek nie wiemy, jakie drobnoustroje wywołują zakażenie płonicze, pewną jest rzeczą, że paciorkowiec w przeważnej liczbie przypadków jest przyczyną bezpośredniego zejścia śmiertelnego. Nie posuwamy się tak daleko, jak niektórzy autorowie, którzy dopatrują w paciorkowcu swoisty drobnoustrój płonicy; faktem jednak jest, że powoduje on prawie wszystkie ciężkie i groźne powikłania w tej chorobie. Są jednak i takie przypadki, w których istotnie nasuwa się przypuszczenie, że paciorkowce stanowią istotną przyczynę płonicy.

Liczne spostrzeżenia wielu autorów mogłyby za tem przypuszczeniem przemawiać. Z własnych przypadków pozwalamy sobie przytoczyć następujące:

1) W grudniu 1895 r. zachorowało dziecko *L.* z objawami płonicy. W dwa dni później zapadła matka na zapalenie mieszkowe gardła z nalocikami, które w dniu następnym się rozszerzyły jakoby nalot błoniczy; obok tego wystąpiły obrzęki gruczołów podszczękowych. Badanie nalotu wykazało, podobnie jak u dziecka, obecność paciorkowców średniej jadowitości (myszki padały po zastrzyknięciu 0,2 ctm.³ hodowli w ciągu 3—4 dni). Matka miała przebyć w wieku dziecięcym bardzo ciężką płonicę. W przypadkach powyższych — rzec można — przyczyna choroby była ta sama, u dziecka powstała osutka płonicza, a u osoby dorosłej, t. j. u matki, tylko zapalenie gardła mieszkowe, ponieważ już raz przebyła płonicę.

2) W drugim przypadku (styczeń 1898) matka przekłóła uszy dziecku przed 2 dniami. Ciepłota wynosiła wówczas 39·0° C, a bada. nie wykazało osutkę po obu stronach szyi i tułowia, zupełnie podobną do płonicy. Gardło prawidłowe, żadnego zaczerwienienia nie można stwierdzić. Badanie bliższe uszu wykazało ropę, wydobywającą się obok nitek, przeprowadzonych przez uszy. Drobnowid i hodowla wykryły paciorkowce. Rozpoznanie w pierwszej chwili było trudne z powodu braku zajęcia gardła; można było przypuścić rodzaj wyprysku ostrego lub początkowe objawy płonicy. Wyjaśniła się sprawa przy badaniu w dniu następnym, gdy na całej skórze znaleziono osutkę typowej płonicy. Ponieważ matka nie chciała odosobnić starszej 8-letniej córki, naraziła ją na zakażenie typową płonicą. Rozpoczęła się ona w 3 dni po zapadnięciu pierwszego dziecka wymiotami, silnem zaczerwienieniem gardła, obrzękami migdałków i gruczołów podszczękowych. W trzecim dniu choroby zauważyć można było znaczniejszy obrzęk migdałków, a na nich małe naloty szarozielone. Drobnowidowo i w hodowli z cząstek zmartwiałych znaleziono paciorkowce, odpowiadające zupełnie paciorkowcom, otrzymanym z ropy ucha siostry. Zakażenie wytłómaczyćby można w pierwszym przypadku wtargnięciem paciorkowców do rany, zadanej igłą; w drugim zaś tą okolicznością, że migdałki przerosłe były punktem wejścia dla paciorkowców, pochodzących z ucha siostry.

3) W styczniu 1901 r. 2 letnie dziecko uległo oparzeniu na czole. Po 4-ch dniach było można stwierdzić ciepłotę 40·0 C., a na skórze rozpoczynającą się osutkę płoniczą. Gardło z początku było zupełnie prawidłowe. Na brzegu rany, powstałej z oparzenia, wydobywa się ciecz ropiasta, z której wyhodowano paciorkowce dość jadowite (0.10 ctm.³ zabiło myszkę w ciągu 24 godzin). W następnych dopiero dniach wystąpiły ciężkie objawy ze strony gardła, obrzęki gruczołów, stan bardzo groźny, objawy zajęcia mózgu i wynik śmiertelny. Z wywiadów można było dojść, że dziecko odbierało czasopisma od osoby, u której w domu panowała płonica. W przypadku przytoczonym nie ulega wątpliwości, że paciorkowiec wtargnął do ustroju przez rany z oparzenia.

4) W rodzinie *B.* dwoje dzieci przebyło płonicę w lutym r. 1901; resztę dzieci odosobniono i tej zapewne okoliczności zawdzięczają uni-

knięcie tej choroby. W styczniu następnego 1902 roku zapadło dwoje dzieci z tej rodziny na płonicę. Dzieci, które w roku zeszłym przebyły płonicę, nie odosobniono i u jednego z tychże stwierdzić było można odrazu mieszkowe zapalenie gardła, u matki zaś i drugiego dziecka wystąpiły takie same objawy w dniu następnym. Badanie nalocików wszystkich tych chorych wykazało paciorkowce. Matka miałaprzebyć płonicę w wieku dziecięcym.

Wobec równoczesnego zachorowania tylu osób nasuwa się tutaj przypuszczenie jednolitości przyczyny chorobowej. U osobników, które już przebywały płonicę, ten sam zarazek nie wywołuje płonicy, lecz zapalenie mieszkowe gardła. W ten sam sposób wytłómaczyć się daje tak częste zapadanie na zapalenie gardła osób starszych, pielęgnujących chorych płoniczych.

5) Zakażenie przypadkowe paciorkowcem przy szczepieniu wścieklizny, niedawno spostrzegane w W., wywołało u trojga dzieci tak typowe objawy płonicy, że lekarze klinicyści za takie je przyjęli; przytem wystąpiło zakażenie miejscowe w postaci ropni, z których podobnie jak i z rdzenia króliczego wyhodowano paciorkowce, typu zwykłego nie wzmocnionego; u osób starszych powstały tylko ropnie w miejscach szczepienia i z nich wyhodowano tegoż paciorkowca.

Wielu badaczy, jak Baginsky[6]), Sławyk i Sommerfeld, Moser[7]) stwierdziło paciorkowce we krwi wszystkich prawie sekcyonowanych, a zmarłych na płonicę. Nieobecność paciorkowców w niektórych przypadkach nie dowodzi tego, iżby ich poprzednio nie było w ustroju, poucza o tem cały szereg doświadczeń, które przeprowadziliśmy w Zakładzie higieny. I tak, gdy zastrzyknięto paciorkowce o mniejszej jadowitości królikom, padają one po upływie 2—3 tygodni, a wówczas ani we krwi, ani w hodowli, ani przez zastrzyknięcie większej ilości krwi myszom lub królikom nie można znaleźć paciorkowców; króliki padały z powodu powikłań ze strony płuc, opłucnej, z powodu zwyrodnienia mięśnia sercowego, lub ogólnego charłactwa, powstałych pod wpływem poprzedniego zakażenia paciorkowcem.

Nadto zdarzało się nam nieraz spostrzegać przy badaniu krwi zmarłych na płonicę, że po zaszczepieniu krwi, wziętej wprost z serca, na 6—8 pożywkach bulionowo-surowiczych, tylko w jednej z nich wyrosły paciorkowce, podczas gdy na innych pożywkach bulionowo-surowiczych, agarze i żelatynie wcale drobnoustroje nie wyrosły. Zdarzało się to zwłaszcza w przypadkach szybkiej śmierci z płonicy w ciągu 24—48 godzin.

Ponieważ tak często spotykamy się w płonicy z paciorkowcem, przypuścićby można, że gdyby się udało zapobiedz powikłaniu paciorkowcem, a względnie go zwalczać, prawdopodobnie odsetek śmiertelności znaczniеby się zmniejszył. Wszak wiemy, że płonica w pierwszych dniach rzadko zabija (tak zw. *scarlatina maligna);* zwykle w przypadkach niepomyślnie przebiegających, gdy osutka już zaczyna ustępować, ciepłota zamiast spadać, utrzymuje się, należy szukać przyczyny w zakażeniu paciorkowcem, przebiegającem pod postacią rozpadu ropnego migdałków, w zajęciu gruczołów i tkanki okołogruczowej, ropnem zapaleniu ucha środkowego, stawów, błon surowiczych, lub wreszcie w ogólnej ropnicy. Od rodzaju i charakteru tych powikłań zależy dalszy los chorego.

Środkiem do osiągnięcia wyleczenia takich przypadków mogłaby być surowica przeciwpaciorkowcowa.

Surowicę tę w przebiegu płonicy zastosował pierwszy odkrywca jej Marmorek[1]) w Paryżu na oddziele Josiasa w 96 przypadkach. We wszystkich przypadkach wykazano obecność paciorkowca; w 17 przypadkach stwierdzono towarzyszący prątek błoniczy Löfflera, 4 z tych przypadków zakończyło się śmiercią. Ilość wstrzykiwanej surowicy wynosiła z początku 10 ctm.³ dziennie, później powiększano dawkę do 40—60—80 ctm³. W jednym przypadku, powikłanym zapaleniem płuc, wstrzyknięto 90 ctm.³ z wynikiem dodatnim. Działanie surowicy było najwybitniejsze w powikłaniach obrzękiem gruczołów, który pod wpływem surowicy w krótkim czasie się zmniejszył. Zdaniem Marmorka miał się uwydatnić wpływ surowicy w przebiegu powikłań uszu, jakoteż i nerek.

Josias[2]) podaje 145 przypadków, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową, a z tych w 49 stosowano surowicę wyrobu Nocarda, który ją otrzymał z jagniąt, a w 96 surowicę Marmorka; śmiertelność jednak w obu szeregach była większa, niż przy zwykłem leczeniu; jako dodatni wpływ zaznaczono szybsze ustępowanie nalotów z migdałków i szybsze rozdzielanie się obrzęku gruczołów; jako ujemną stronę — pojawienie się ropni w miejscach zastrzyknięcia.

Baginsky[3]) leczył surowicą 57 przypadków, z tych 7 przypadków zakończyło się śmiercią; wogóle zauważył on szybsze znikanie nalotów i podczas gdy śmiertelność dawniej wynosiła 22·5%—34·4%, przy leczeniu surowicą spadła do 14·6%. Baginsky sądzi, że byłby miał lepsze wyniki, gdyby mógł wstrzykiwać większe ilości surowicy.

Ocena powyższych przypadków bardzo jest trudna, a to głównie dla tego, że ilość przypadków, w których użyto surowicy, była bardzo mała, a skutkiem tego nie można wykluczyć przypuszczenia, że korzystne wyniki należy odnieść do łagodnego charakteru choroby samej. Aby uniknąć jednostronnej oceny wartości leczniczej surowicy, postanowiliśmy przeprowadzić doświadczenia, trwające dłuższy czas, uwzględniając tylko takie przypadki, w których ze względu na przebieg kliniczny należało rokować albo źle, albo wątpliwie.

Do wytworzenia surowicy właściwej przystąpiliśmy swego czasu jeszcze z końcem r. 1894. Postanowiliśmy wytworzyć surowicę na miejscu, w Zakładzie higieny.

W tym celu został użyty koń starszy, zdrowy, wypróbowany maleiną; poprzednio był on używany do doświadczeń z surowicą przeciwbłoniczą. Gdy otrzymana surowica przeciwbłonicza okazała się za słabą, użyto konia do doświadczeń z paciorkowcem.

Paciorkowiec pochodził z gruczołu zropiałego w przebiegu płonicy, która zakończyła się śmiercią (dziecko zmarło na drugi dzień po operacyi). Pierwotna jadowitość paciorkowca po wyhodowaniu na bulionie z surowicą sposobem Marmorka była niezbyt znaczna; 1 ctm.³ po wstrzyknięciu do żyły królika spowodował śmierć w ciągu 4 dni. Stopniowo przeprowadzając codziennie paciorkowce przez króliki i hodowle, otrzymaliśmy jadowitość taką, że już 1/milionowa ctm.³ zabijała królika przy podskórnem zastrzyknięciu w ciągu 18 do 24 godzin. Hodowanie odbywało się na bulione z surowicą ludzką lub końską w różnych stosunkach[1]). Zauważy-

[1]) Hodowanie w surowicy ludzkiej miało na celu podtrzymywać przyzwyczajenie paciorkowca do tej gleby, a więc i do działania na ustrój człowieka. Zastosowany przez Prof. Kryńskiego w przypadku nieuleczalnego raka, wytworzył bardzo silne różowate zapalenie skóry z objawami ciężkiego ogólnego zakażenia z zejściem w wyzdrowienie bez wpływu na nowotwór.

liśmy, że wszelkie dodatki do surowicy, jak chloroform, kamfora, a dalej świeżość surowicy, znacznie wpływają na jadowitość otrzymanej hodowli tak, że tylko czysta i świeża surowica bez wszelkich dodatków nadaje się do otrzymania bardzo silnych hodowli.

Stopniowanie dawek u konia musiało być bardzo ostrożne; przerwy między szczepieniami były długie, gdyż inaczej powstawały bardzo wielkie obrzęki, a często i ropnie, których nie było przy stosowaniu choćby większych, ale niezbyt szybko po sobie następujących szczepień. Jako ostateczne dawki przed otrzymaniem surowicy dostał koń bez szkody dla zdrowia 50 - 60 ctm.³ mocnej hodowli paciorkowca, gdy poprzednia już 1 ctm.³ wywoływał obrzęk i ropnie. Do takiego przygotowania potrzeba było ponad osiem miesięcy, t. j. od 10/3 1896 r. do 22/12 1896. Surowicą otrzymywaną była w ciągu lat dwóch, przyczem koń otrzymał 2402 ctm.³ bardzo silnych hodowli paciorkowców, pochodzących z kilku przypadków płonicy, zakończonych śmiercią.

Koń ten po 2 latach padł z powodu przypadkowego skaleczenia i z tego powodu dalszych doświadczeń musieliśmy przestać aż do czasu wytworzenia nowej surowicy, której nie udało się otrzymać w ciągu 2 lat następnych z powodu nadmiernej wrażliwości używanych do tego koni, później zaś z powodu przypadkowego braku silnej hodowli. Następne przygotowanie surowicy z przypadku płonicy w r. 1901 pozwoliło nam na rozpoczęcie nowych doświadczeń, które doprowadziły do otrzymania dość silnej surowicy i w ten sposób jesteśmy w możności prowadzić dalsze doświadczenia.[2])

Nadmienić musimy, że zapomocą surowicy, używanej przez nas do celów leczniczych w szpitalu św. Ludwika, można było uchronić zwierzęta (króliki) od działania zabójczego 10-krotnej dawki paciorkowca, wyhodowanego w przypadku płonicy, zakończonego śmiercią.

Hodowla paciorkowca w ilości 1/milionowej ctm.³ zabijała króliki w ciągu 24 godzin; hodowla ta w ilości $^{1}/_{100{,}000}$ ctm.³ przy równoczesnem wstrzyknięciu 0,5 ctm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej nie rozwinęła zabójczego działania.

Surowicę powyższą wstrzykiwaliśmy przeważnie w ilości 20—60 ctm.³ i to, jak już wspomnieliśmy, w przypadkach o rokowaniu wątpliwem lub złem. Za takie uznawaliśmy wszystkie przypadki, w których stwierdziliśmy bądź martwicę migdałków, bądź obrzęki gruczołów podszczękowych, objawy zakażenia ogólnego, więc nieprzytomność, drgawki; było kilka przypadków, w których w dniu przyjęcia nie uznawaliśmy potrzeby zastrzyknięcia, z dnia atoli na dzień pogarszający się stan ogólny i miejscowy skłonił nas po upływie kilku dni do użycia surowicy.

Krótki przebieg tego rodzaju przypadków pozwolimy sobie przytoczyć. Wreszcie używaliśmy tej surowicy w przypadkach, w których klinicznie rozpoznawano błonicę, badanie zaś bakteryologiczne nie potwierdziło tego rozpoznania. Przypadki takie, rzadko się zdarzające, uważaliśmy za »*scarlatina sine exanthemate*“, a w kilku z nich dalszy przebieg potwierdził to przypuszczenie.

Zanim atoli przystąpimy do szczegółowego zestawienia naszych przypadków, mogących świadczyć na korzyść surowicy, słuszną rzeczą będzie przedstawić w liczbach porównanie wyników leczenia płonicy bez surowicy, z wynikami leczenia przez nas otrzymaną surowicą. Następująca tabliczka wykazuje śmiertelność z płonicy w ciągu 6 lat, poprzedzających nasze doświadczenia.

Tablica 1.

Rok [3])	Liczba chorych + zapadłych w szpitalu	Zmarło	Odsetek śmiertelności	
1891	52	18	34·61%	średnia śmiertelność z 6 lat = 41·14%
1892	83	25	30·1%	
1893	120	59	49·15%	
1894	[illegible]1	31	50·9%	
1895	69	33	47·6%	
1896	110	38	34·5%	
1897 od 1/1—1/11	104	18	17·37%	
1898	130	59	45·4%	
1899	82	25	30·4%	
1900	62	18	25·0%	

Z tablicy tej (tab. 1) wynika, że przeciętna śmiertelność w szpitalu w ciągu 6 lat (t. j. od 1891 do 1896) wynosiła 41·14%. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że tablica przytoczona obejmuje tylko przypadki z osutką na skórze, nie uwzględnia zaś przypadków płonicy *sine exanthemate*, te bowiem uchodziły dawniej wobec nie przeprowadzenia badań bakteryologicznych, za błonicę posoczniczą.

Od 1/1 do 31/10 1897 liczba chorych na płonicę w szpitalu św. Ludwika w Krakowie wynosiła 104; przypadki te spostrzegał również sekundaryusz oddziału kol. Słapa. Podzieliliśmy wszystkie przypadki na dwie grupy:

I-szą stanowiły przypadki o przebiegu łagodnym, o których z góry przypuścić mogliśmy, że skończą się pomyślnie; takich było 58, z tych mimo to zmarło 4 (między nimi 1 *moribundus*).

Do grupy tej należą i przypadki, które w domu przebyły płonicę i tylko przyjęte z popłoniczem zapaleniem nerek. W tej grupie wcale nie stosowano surowicy.

II-ga grupa obejmuje przypadki, o których z góry wiedzieliśmy, że są bardzo ciężkie, lub też, że pogarszający się z dnia na dzień stan zmusił nas do użycia surowicy. Przypadków takich było 46, a zmarło 14, między nimi 2 *moribundi*, które w $^{1}/_{2}$—1 godziny po przyjęciu zakończyły się śmiercią.

Całkowita więc śmiertelność w czasie od 1/1 1897 do 1/11 1897 wynosiła 17·37%, a po odjęciu 3 przypadków, które przyjęto w ostatnich godzinach życia 14·95%.

Porównywując śmiertelność z lat, w których nie stosowano surowicy, z rokiem ostatnim, należałoby przyjść do wniosku, przemawiającego na korzyść leczenia płonicy surowicą, przez nas otrzymaną.

Nie chcąc przytaczać w całej rozciągłości przebiegu chorób, podajemy w 2 tablicy dołączonej zestawienie wszystkich przypadków, leczonych surowicą.

Okazuje się, że do doświadczeń użyliśmy ciężko chorych, u których odrazu stwierdzić można było powikłania ze strony gardła, ucha, obrzęki gruczołów podszczękowych,

[2]) Badania nad agglutynacyą są w toku.

[3]) Patrz: Sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci z lat przytoczonych.

Tablica 2.

Nr.	Nazwisko i dzień przyjęcia	Chory od dni	Lat	Stan osutki	Stan migdałków	Stan podniebienia i tylnej ściany gardła	Gruczoły podszczękowe	Nos	Uszy	Powikłania	Dzień (choroby) zastrzyknięcia	Surowica A = antistrept. D = diphter	Ciepłota	Zejście	Uwagi
1	W. 17/12	4	9	świeża	oba zajęte	—	—	—	—	zapalenie stawu kolan.	V	17/12 20 cm^3 A.	$^{18}/_{12}$ opada zupełnie w 2 dni po zastrzyknięciu	—	—
2	K. 23/12	2	4	»	lewy	—	nie było. 31/12 obrzęk po stronie lewej, który ustąpił wkrótce	—	—	zapal. nerek b. lekkie	III	23/12 10 cm^3 2/1 20 rm^3 } A.	$^{25}/_{12}$ bez gorączki. $^{29}/_{12}$ podniesienie dochodzi do 40°, $^{3}/_{1}$ i wtedy zastrz.	—	12/1 ślad białka
3	W. 22/12	3	12	»	oba zajęte 25/12 oczyściły się	—	—	—	—	—	III	22/12 20 cm^2 24/12 10 cm^3 } A.	24/12 opada, wieczór podniesienie. 27/12 bez gorącz.	—	pokrzywka po surowicy
4	D. 27/12	7	8	ślad	obłożone szarozielonym nalotem		obrzękłe	—	4/1 ropotok z obu	5/1 zap. płuc	VII	27/12 20 cm^3 30/12 10 cm^3 1/1 10 cm^3 } A	28/12 opada nieco 29/12 podnosi się i dopiero 5/1 zap. płuc	—	7/1 ciepłota spadła zupełnie chory wyzdrowiał
5	S. 28/12	2	11	świeża	obłoczkowate naloty	—	po stronie lewej obrzęk	—	ropotok z ucha lew.	zapal. nerek 11/1 ślad białka	III	28/12 15 cm^3 30/12 20 cm^5 } A.	31/12 opada zupełnie	—	17/3 ropień przyuszny, trepanacya wyrostka sutkowatego
6	D. 1/1	2	3	»	oba zajęte	—	po stronie lewej 26/1 incisio	—	12/1 ropotok	—	III	1/1 20 cm^3 3/1 20 cm^3 } A. 5/1 10 cm^3 D.	6/1 opada	—	badanie nalotów wykazało prątki Löfflera
7	B 1/1	3	10	»	»	—	—	—	—	13/1 zap. st.	IV	2/1 20 cm^3 A.	4/1 bez gorączki	—	—
8	B. 2/1	2	11	»	»	—	obrzęk po stronie lewej	—	—	majaczenie	III	2/1 20 cm^3 A	4/1 opada	—	—
9	P. 13/1	5	3	ustępująca	»	tylna ściana	powiększone, więcej prawy	—	18/1 ropotok	—	VI	14/1 20 cm^3 15/1 20 cm^3 18/1 10 cm^3 } A.	stale między 39—40°C	† 22/1	wstrzyknięcie karbolu do migdałków
10	R. 27/1	2	9	świeża	» szarozielone	—	oba obrzękłe	—	—	—	III	28/1 20 cm^3 A	29/1 spadek. 11/2 podniesienie, 12/2 spadek	—	osutka po surowicy
11	Ł. 29/1	6	10	niema	prawy wrzód	—	obrzęk po str. prawej	—	—	—	VII	30/1 20 cm^3 A.	1/2 bez gorączki	—	—
12	D. 31/1	3	8	świeża	kropkowate nalociki	—	—	posokow. wypływ	4/2 rop. u. pr. 6/2 z lewego	—	IV	1/2 20 cm^3 3/2 20 cm^3 } A.	—	—	—
13	J. 3/2	2	3	»	naloty na obu szarozielone 4/2 nie szerzą się	—	obrzęki powiększające się. Nacięcie	—	6/1 rop. u. l. 13/2 pr	16/2 zapalenie płuca prawego	III	3/2 20 cm^3 6/2 20 cm^3 9/2 20 cm^3 } A	10/2 ciepłota spadła, 16/2 podnosi się, zapalenie płuc	† 20/2	7/2 naloty się oczyściły. Przy przyjęciu nieprzytomna
14	H. 5/2	2	5	»	na obu krop. naloty	—	nieznacznie	—	—	—	III	6/2 20 cm^3 A	7/2 spadek	—	—
15	F. 10/2	4	10	ustępująca	oba zajęte	—	po str. lewej obrzęk większy. Nacięcie	—	—	—	V	11/2 20 cm^3 A.	12/2 spadek 18/2 podwyższenie	—	—
16	F. 10/2	4	8	ślady	oba zajęte 15/2 owrzodzenie mn.	—	oba powiększone	—	—	zapal. nerek 26/2 mocznica	V	11/2 20 cm^3 15/2 20 cm^3 } A.	12/2 lekki spadek 16/2 spadek	† 27/2	śmierć z powodu mocznicy
17	P. 12/1	5	7	ustępująca	oba zajęte	tylna ściana zajęta	pow. więcej po str. praw.	—	14/1 ropotok z ucha pr.	nieprzytomn.	VI	13/1 20 cm^3 14/1 20 cm^3 } A.	stała	† 17/1	—
18	Ś. 11/2	4	10	ustąpiła	owrzodzenie rozległe 15/2 oczyszcz.	—	lewy więcej niż prawy obrzęk obrzękły	—	—	—	V	12/2 20 cm^3 A.	13/2 opada	—	—
19	Ś. 15/2	2	3	świeża	naloty kropkow. rozszerzyły się	—	oba obrzękłe	—	—	—	III	15/2 20 cm^3 A.	16/2 opada	—	—
20	S. 15/2	3	6	»	rozległe naloty	i na języczku	oba obrzękłe	—	—	—	IV	15/2 20 cm^5 A.	16/2 opada	—	—
21	G. 21/2	3	$4^1/_2$	»	duże błony szaro-zielone	zajęte	obrzękłe oba. Nacięcie po odrze 7/4	—	25/2 rop. z u. prawego 23/3 r. z u. l.	10/3 odra 28/6 błonica	IV	22/2 20 cm^3 A. 22/2 10 cm^3 D. 24/2 20 cm^3 A, 27/2 20 cm^3 D. 28/2 10 cm^3 D.	25/2 ciepłota 38°C 28/2 bez gorączki	—	22/2 zanotowano stan bardzo zły, tętno 184 liche
22	B. 21/2	4	8	»	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	zap. nerek lekkie	IV	22/2 20 cm^3 A 24/2 20 cm^3 A	23/2 spada, 24/2 podnosi się. 25/2 opada	—	osutka po surowicy
23	D. 1/4	7	14 mies	ślady	obłożone		obrzękłe	—	—	4/4 Zap. pł. lewego	IX	2/4 20 cm^3 A	stała	† 6/4	małogłowie. nieżyt jelit, niedokrewność

Nr.	Nazwisko i dzień przyjęcia	Chory od dni	Lat	Stan osutki	Stan migdałków	Stan podniebienia i tylnej ściany gardła	Gruczoły podszczękowe	Nos	Uszy	Powikłania	Dzień (choroby) zastrzyknięcia	Surowica A = antistrept D = diphter.	Ciepłota	Zejście	Uwagi
24	K 3/4	2	5	świeża	obłożone		—	—	—	oddech bardz. przyspieszony	III	4/4 20 cm^3 A.	ponad 40° C.	† 5/4	—
25	H. 3/4	3	9	»	na praw owrz. na lew. nalot w 24 g. po wstrzyknięciu zmniejsza się	—	—	—	—	zapalenie nerek bardzo lekkie	IV	4/4 20 cm^3 A.	5/4 opada	—	—
26	K. 10/4	4	2½	wyraźna	obłożone 12/4 naloty nieco mniejsze		obrzękłe zmniejszyły się	—	—	zapalenie płuc zrazikowe	V	11/4 20 cm^3 A.	12/4 lekki spadek 13/4 podnosi się	† 13/4	—
27	S. 11/4	4	7½	świeża	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	obrzęk po wstrzyknięc.	IV	11/4 20 cm^3 A.	12/4 opada	—	W ropie po nacięciu obrzęku gronkowce
28	W. 14/4	4	4	»	prawy zajęty	—	—	—	—	—	IV	14/4 20 cm^3 A.	15/4 opada	—	—
29	O. 17/4	2	2½	»	lewy zajęty	1/5 rozsz. się na podniebienie	powiększ. się	—	—	zaczerwienie w miejscu wstrzyknięcia	III	17/4 20 cm^3 A 29/4 10 cm^3 D. 1/5 20 cm^3 A.	18/4 spadek 29/4 podniesienie	† 4/5	Z początku naloty się zmniejszyły, dopiero od 1/5 rozpad martwiczy. Posocznica
30	M. 17/5	3	12	ślady	po str. lewej szaro-zielony nalot, po pr mniejszy	—	lewy powięk.	—	—	—	IV	18/5 20 cm^3 A.	21/5 stan dobry	—	21/5 obrzęk gruczołów znika
31	M. 17/5	4	5	»	na pr. szaro-zielony nalot	—	—	—	—	—	V	18/5 20 cm^3 A.	25/1 stan dobry	—	—
32	K. 18/VI	3	12	świeża	prawy zajęty	—	prawy obrz	—	—	—	V	20/6 20 cm^3 A.	21/6 ciepłota spadła	—	—
33	W. 22/6	3	3	»	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	—	IV	23/6 20 cm^3 A.	24/6 ciepłota spadła	—	—
34	B 7/7	3	4	»	oba zajęte w kątach ust rozpad	—	oba zajęte, nieco później nacięcie jed. gruczołu	—	—	—	VIII	11/7 20 cm^3 A.	z początku ciepłota spadła 11/7 podniesienie 23/7 bez gorączki	—	—
35	S. 21/7	2	12	»	oba zajęte	—	prawy zajęty	zajęty	—	obrzęk po wst. bez zropienia	III	21/7 20 cm^3 A.	25/7 bez gorączki	—	23/4 gardło czyste.
36	B. 21/7	10	2	»	»	—	oba obrzękłe	—	—	śpiączka 15/8 błonica	XI	21/7 20 cm^3 A 15/8 10 cm^3 D	22/7 opada 15/8 podniesienie	—	—
37	K. 11/8	2	3½	»	oba do 14/8 rozszerzyły się znacznie	—	nie są zajęte 14/8 powiększają się	wydzielony śluzowo ropny	—	—	VI	14/8 20 cm^3 A	od 13/7 podniesienie, po zastrzyknięciu opadła po 3 dniach	—	—
38	G. 12/8	2	2	»	obłoczki 14/8 obłożone wraz z języczkiem		—	—	—	—	IV	14/8 20 cm^3 A	ciepłota stała 39°C	† 17/8	—
39	P. 4/9	6	3	silna	oba zajęte	tylna ściana zajęta	oba zajęte	zajęty	—	nieprzytomny	VIII	4/9 20 cm^3 A. 5/9 20 cm^3 A.	5/9 nieco mniejsza	† 8/9	—
40	H. 5/9	2	2	świeża	oba małe. 6/9 zwiększają się	—	prawy zajęty	»	—	śpiączka	III	6/9 20 cm^3 A. 8/9 20 cm^3 A.	9/9 opada	—	zanotowano stan groźny
41	R. 7/10	2	1½	»	nie były zajęte 10/10 pojawiły się naloty	16/10 na podniebieniu 1. wstrzykn. 13/10	16/10 obrzęki gruczołów	»	—	17/10 zap. pł	VII	13/10 20 cm^3 A. 16/10 20 cm^3 A.	9/10 spadek, 11/10 podniesienie i stale utrzymuje się między 39—40°C	† 18/10	drgawki
42	K. 7/9	2	6	»	oba zajęte	—	obrzęk 15/9 incisio	—	—	śpiączka	III	7/9 20 cm^3 A.	8/9 nieco spada 11/9 bez gorączki	—	—
43	K. 8/9	8	8	ustępująca	obłożone		obrzęki	zajęty	—	nieprzytomna	VIII	8/9 20 cm^3 A	stała 39°C	† 24/9	—
44	H. 16/9	3	11	sina	oba i języczek zajęty, rozpad	rozpad i głęboki otwór	—	—	—	konający	IV	16/9 20 cm^3 A. 18/9 10 cm^3 D. + 10 cm^3 A.	21/9 spadek	—	zanotowano: konający, podano najpierw kofeinę, a póź. wstr. surowicę
45	S. 5/1	3	5	sina fiołkowa	oba	—	oba obrzękłe	—	—	tętno liche nieprzytomna konająca	IV	5/1 20 cm^3 A.	—	† 5/1	w 5 godzin po przyjęciu zmarła
46	Cz 17/9	4	2	»	—	—	»	—	—	tętno liche, stan zły, konająca	V	17/9 20 cm^3 A.	—	† 17/9	w 3 godziny po przyjęciu zmarła

majaczenia i w tych przypadkach stosowaliśmy od 10—60 ctm.³ surowicy.

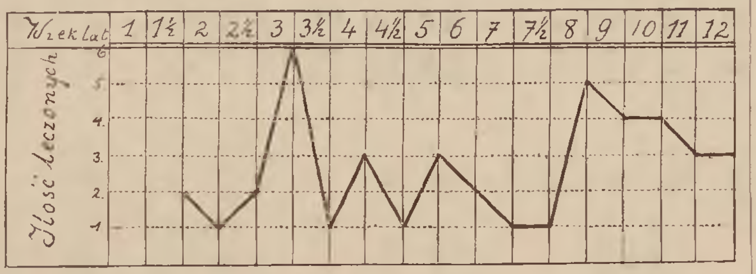
Zauważyć można było u przeważnej liczby chorych szybsze opadanie ciepłoty i szybsze ustępowanie nalotów martwiczych. Do zropienia gruczołów przychodziło w mniejszej liczbie, niż poprzednio można było spostrzegać, a w większej liczbie przypadków obrzęk znikał bez śladu.

Mieliśmy i takie przypadki, które okazywały zrazu charakter łagodny, a zwiększające się z dnia na dzień powikłania skłoniły nas do użycia surowicy; wspomnę tu tylko Nr. 34, 37, 38, 40 i 41.

Powikłanie ze strony uszu wystąpiło w 8 przypadkach. Zapalenie nerek stwierdzono w 5 przypadkach, t. j. 11·4%, podczas gdy w 58 przypadkach, nie leczonych surowicą 13 = 22·4% i tu zdaje się uwydatniać dodatni wpływ surowicy. Liczba zapaleń płuc wynosiła 5 = 11·4%, które to powikłanie bardzo się przyczyniało do zejścia śmiertelnego chorych.

Wiek dzieci wynosił od 1½ do 12 lat

Tablica 3.

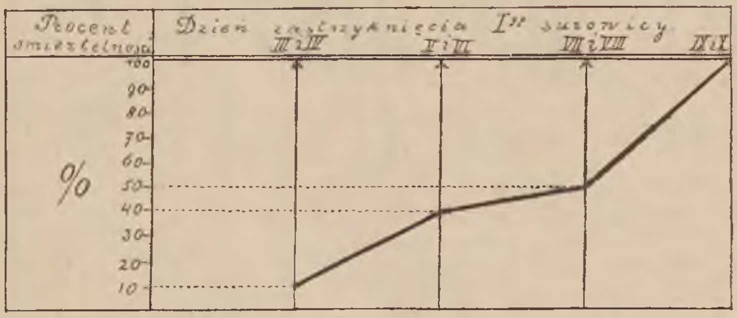


Dla uwidocznienia czasu zastrzykiwania surowicy i wpływu tego czasu na śmiertelność przytaczamy zestawienie następujące:

Tablica 4.

Dzień zastrzyknięcia	Ilość	Razem	Zmarło	Odsetek śmiertelności
I.	0	0	0	0
II.	0	0	0	
III.	15	27	4	14·81%
IV.	12			
V.	7	10	4	40 %
VI	3			
VII.	4	6	3	50 %
VIII.	2			
IX.	1	1	1	100 %
X.	0			

Tablica 5.



Z tablicy 4 i 5 okazuje się, że gdy zastrzykiwano surowicę w III i IV dniu choroby, śmiertelność była najmniejszą, t. j. 14·81%, podczas gdy przy późniejszem zastrzykiwaniu znacznie się zwiększa.

Ilość użytej surowicy przedstawia się, jak następuje:

Tablica 6.

Ilość surowicy	Liczba chorych	Zmarło
20 ctm.³	28	5
30 ctm.³	3	0
35 ctm.³	1	0
40 ctm.³	10	5
50 ctm.³	1	1
60 ctm.³	1	1

W większej ilości stosowaliśmy surowicę w przypadkach rozpaczliwych, które prawie uważaliśmy za stracone.

Możnaby zarzucić, że rodzaj łagodniejszy zarazy, tak zw. *genius epidemicus,* wpłynął korzystnie na naszą statystykę. Tak jednak nie było, gdyż na 6 chorych, przyjętych do szpitala w czasie od 1/XI do 18/XII 1897 r., a zatem w czasie niestosowania surowicy, zmarło 5, czyli 83% i liczba ta wpłynęła na podwyższenie śmiertelności całego roku. Trudno więc przypuścić, iżby z chwilą niestosowania surowicy także się zmieniła złośliwość zakażeń, a zresztą pokazuje się z tablicy Nr. 1, że w następnym roku odsetek śmiertelności wynosił 45·4%.

Ocena wartości leczniczej naszej surowicy, nieco odmiennej od surowicy Marmorka, — jest trudna, gdyż polega na bardzo małej liczbie chorych, a z drugiej strony musimy przyznać, że w płonicy zachodzą zupełnie inne warunki, niż w błonicy. W tej ostatniej mamy do czynienia z drobnoustrojem dobrze nam znanym, t. j. z prątkiem Löfflera i zapomocą niego wytwarzamy surowicę, którą stosujemy w pierwszej chwili stwierdzenia choroby. Inaczej rzecz się ma w płonicy: drobnoustrój wywołujący chorobę nie jest nam znany, przypuszczalnym tylko jest paciorkowiec, z którego nie możemy dotąd otrzymać toksyn i wytworzyć surowicy antytoksycznej. Nadto znajdują się obok paciorkowców w 53% przypadków płonicy prątki błonicze, jak to wykazał Ranke[4]) i chociaż surowica nasza miała w sobie nieco antytoksyny przeciwbłoniczej, stosowaliśmy oprócz tejże i surowicę przeciwbłoniczą, jak to wykazują Nr 6, 29 i 44 (*vide* tabl. 2), skoro tylko stwierdziliśmy obecność prątków Löfflera i szerzenie się nalotów białych.

Ocena mogłaby być o wiele lepszą, gdybyśmy przedsiębrali doświadczenia na większą skalę i nie wybierali tylko ciężkich przypadków, gdyż w przypadkach, które okazały się z początku łagodnymi, powstawały bardzo ciężkie powikłania, którymby, o ile wnosić można z doświadczeń przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej, można zapobiedz przez wcześniejsze stosowanie surowicy. Tu znów spostrzeganie codzienne wykazuje, że ciężkie na pozór przypadki przechodzą bez leczenia, zaś łagodne ulegają powikłaniom z końcem pierwszego tygodnia mimo dotychczasowego sposobu leczenia.

Dlatego też jeszcze raz podnosimy, że tylko szersze stosowanie surowicy i to przez szereg lat może nam dać statystykę, na której polegać będzie można.

Doświadczenia z naszą surowicą robił i Dr Opieński[5]), który zauważył, że mimo bardzo złośliwej epidemii płonicy w powiecie żółkiewskim, obniżyła się śmiertelność przy stosowaniu surowicy tylko w najcięższych przypadkach,

z 33·2% w r. 1896 na 26·2% w r. 1897; nadto zauważył korzystny wpływ w skróceniu całego przebiegu płonicy; gorączka ustępowała przeciętnie w 7 dniu choroby, tak jak to bywa w przypadkach płonicy o lekkim przebiegu i nie miał ani razu powikłań ze strony nerek. Dodać musimy, że Opieński przeważnie stosował po 10 ctm.³ surowicy i tylko w nieznacznej liczbie przypadków z powodu braku dostatecznej ilości surowicy.

W końcu uważamy za obowiązek złożyć na tem miejscu podziękowanie JW. P Rektorowi Jakubowskiemu, za łaskawe udzielenie nam materyału do doświadczeń leczniczych.

Piśmiennictwo. 1) Marmorek A. Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique (Annales de l'Institut Pasteur. 1896, Nr. 1)

2) Josias: De l'emploi du serum de Marmorek dans la scarlatine (Société de therapeutique 13 Mai 1896. Semaine medicale, 1896, Nr. 26).

3) Baginsky: Die Anwendung des Antistreptokokkenserum (Marmorek) gegen Scharlach. (Berliner klin. Wochenschrift 1896, Nr. 16)

4) v. Ranke: Zur Scharlachdiphterie. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte in Frankfurt 1896 (Deutsch. med. Wochenschr. 1896 Nr. 45 vide Beilage S. 199).

5) Dr Opieński: Medycyna Nr. 16. 1898.

6) Baginsky: Sitzung der Berlin. med. Gesellschaft. (Deutsche med. Woch. Ver. Beilage Nr 46. 1902)

7) Moser P. Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptococcen (Wien. klin. Woch 1902. Nr 41).

* * *

II. Czynniki lecznicze przewleklej gruźlicy płuc.

Omówił

Dr. Franciszek Wobr,

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi południowej klimatycznej Lussin-piccolo (w zimie)

Powszechnie dziś stosowane leczenie przewlekłej gruźlicy płuc, wobec braku środków działających bezpośrednio na przyczynę choroby, polega na następujących czynnikach: na 1) leczeniu odżywczem; 2) klimatoterapii; 3) leczeniu powietrzem i spokojem (metodą Dettweilera); 4) stosowaniu różnych zabiegów wodoleczniczych, oraz 5) środków leczniczych.

Żaden z wymienionych środków i zabiegów leczniczych nie może bezpośrednio zadziałać na główny czynnik chorobotwórczy, t. j. na prątek gruźliczy — (i na jego w większej liczbie przypadków znajdowanego towarzysza *Diplococus seminularis* ¹); są to wszystko sposoby leczenia pośrednie. Te sposoby krytycznie roztrząsnąć, wykazać ich prawdziwą wartość, wyjaśnić, które z nich są właściwymi środkami leczniczymi, jest celem dalszego ciągu niniejszej rozprawki.

Za środki lecznicze w ścisłem słowa znaczeniu, a muszę to zaznaczyć zaraz na początku, można uznać tylko te, które przez zmianę podłoża, na jakiem mogą bujać prątki gruźlicze, są w stanie zniszczyć te ostatnie. Wszystkich tych sposobów w leczeniu, które nie mogą spełnić tego zadania, nie można zaliczyć do właściwych środków leczniczych. Są one wprawdzie niezbędne, jednakże nie podobna im przyznać tego właściwego znaczenia, jakie musi się przypisać tym metodom, które niszczą prątek gruźliczy, działając na jego podłoże.

¹) Edwin Krebs: Diplococcus semilunaris ein Begleiter der Tuberculose (Med. Wochenschrift Nr. 40, 1901).

I. Jednym z najważniejszych punktów w leczeniu chorych na płuca jest sprawa żywienia. Dettweiler i Penzoldt stawiają jej wartość w postępującej gruźlicy nawet wyżej, aniżeli właściwe leczenie przez pobyt w zdrowem powietrzu; ale i w tym okresie, w którym sprawa dalej się nie posuwa, klinicyści kładą szczególny nacisk na odżywianie. Wielu lekarzy ocenia dobroć miejsca pobytu i wartość zakładu leczniczego tylko według ilości podawanego jedzenia. Od leczenia odżywczego posunięto się do żywienia nadmiernego. Długiej walki potrzeba było, nim nabrano przekonania, że tem, często praktykowanem, a do przesady posuniętem odżywieniem, nie tylko nie przynoszono ustrojowi żadnej korzyści, ale owszem wyrządzano mu często szkodę. Uszczerbek, jaki wskutek nadmiernego żywienia ponosi cały przewód pokarmowy, a równocześnie cały ustrój, przedstawił Volland tak po mistrzowsku, a walkę przeciw temu przesadnemu leczeniu prowadził tak energicznie i z takim zwycięzkim wynikiem, że obecnie tuczenie to, *à tout prix*, wszędzie zarzucono. Dziś wiemy także, że przybywanie na ciężarze ciała wskutek forsownego żywienia jest w części pozorne, a powtóre, że w leczeniu chorób płucnych niema ono takiego znaczenia, jakie mu niektórzy przypisują. Odłożone w ustroju podczas leczenia ilości tłuszczu trwają nieraz bardzo krótko i znikają nawet wtedy, gdy ustrój wróci do najwygodniejszych warunków domowych, i to daleko szybciej, aniżeli zostały odłożone; na szczęście nie zawsze dołącza się do tego pogorszenie w ogólnym stanie i posuwanie się sprawy chorobowej w płucach. Sądzono, że winy szybkiego znikania osiągniętego przybytku na wadze należy dopatrywać w tem, że leczenie było jednostronne, podawano bowiem tylko sam tłuszcz i spodziewano się osiągnąć lepsze i trwalsze wyniki przez tuczenie białkiem. Ale ani bardzo obfite podawanie mięsa, ani też inne nowsze przetwory białkowe (somatoza, tropon, plasmon ²) nie okazały innych skutków i chociaż przybytek na wadze podczas forsowniejszego podawania białka można było odnieść do nagromadzenia się większej jego ilości w ustroju ³), to przecież ów przybytek na wadze nie utrzymał się stale. Jak więc z jednej strony sztuczne przetwory odżywcze w tych przypadkach, gdzie chorzy wzbraniają się przed mlekiem, lub też w żadnej formie go nie znoszą, są bardzo cenne i nieraz dopomagają w odżywianiu ludzi, cierpiących na brak łaknienia, to z drugiej strony nie należy przeceniać ich wartości w leczeniu gruźlicy płuc.

W Lussin-piccolo przeprowadziłem cały szereg doświadczeń z sosonem (92·5% białka) i zauważyłem bardzo nieznaczny przybytek na ciężarze ciała. Nie moglem jednakże nigdy w tych przypadkach z całą pewnością odnieść tego przybytku na ciężarze do zwiększonej ilości białka w ustroju.

Czy przybytek na wadze ma w ogóle jaki wpływ na miejscowe ognisko chorobowe? Czy jest więc uzasadnionem oceniać wynik leczenia na podstawie uzyskanych kilogramów? Na to pytanie nie można odpowiedzieć jednem słowem „tak albo nie“, — lecz wymaga ono głębszego zastanowienia się w każdym poszczególnym przypadku. Jeżeli

²) Patrz Weissmann: Dtd. med. Wochenschrift 1902 Nr. 2, 3) Lipsztat: Gazeta lekarska 1902 Nr. 12. str. 312.

³) Sprawę tuczenia mięsem omawia Rosenfeld w „Berliner Klinik“ 1899 zeszyt ze stycznia.

sprawa chorobowa rozpoczęła się w stanie wyniszczenia, jeżeli więc wskutek braku dostatecznego i odpowiedniego odżywienia było niejako usposobienie do choroby [4]), wówczas leczenie odżywcze odniesie swój tryumf.

Często ze szybkiem przybywaniem na ciężarze występują przemiany w całym ustroju, przez co odcina się, w szczególności prątkowi gruźliczemu, podłoże. Temu leczeniu odżywczemu, które dla robotników stanowi prawdziwe tuczenie, zawdzięczają zakłady lecznicze swoje znakomite wyniki. Wskutek szybkiej zmiany warunków zewnętrznych życia zmienia się również podłoże tak, że prątek, jakoteż diplokoki, które na wygłodzonych tkankach znalazły znakomitą glebę odżywczą, teraz muszą ginąć. W tym wypadku leczenie odżywcze stanowi czynnik leczniczy, który usuwa przyczynę choroby.

Zupełnie jednakże inaczej jest u innej kategoryi chorych. Co może i jakie ma znaczenie leczenie odżywcze u chorego na płuca, który miał zawsze obfite i dobre pożywienie? U niego zupełnie naturalnie może wchodzić w rachubę tylko tuczenie, o którego zgubnych skutkach już wyżej wspomniałem. Że odżywienie musi być obfite i dobre, rozumie się samo przez się; żądać jednakże jakiejś szczególnej terapii odżywczej od chorych tej klasy, albo też mówić o jakiejś terapii odżywczej, nie ma żadnej podstawy, gdyż leczenie to u tych chorych nie dotyczy wcale właściwej przyczyny choroby. Zbierając więc to wszystko, można powiedzieć: Skutków leczenia odżywczego u gruźliczych można tylko wówczas oczekiwać, jeżeli przyczyna choroby tkwi w braku pożywienia.

II. Co się tyczy klimatoterapii, to zapatrywania klinicystów, który klimat należy uważać za najodpowiedniejszy dla chorych na płuca, są podzielone, a po części są nawet tak sprzeczne, że jakieś połączenie tych różnych poglądów jest niemożliwem. Podczas gdy jedna część lekarzy przypisuje klimatowi podgórskiemu, a w szczególności górskiemu, wyłączną siłę leczniczą, to druga część czynnikowi klimatycznemu żadnego nie przypisuje znaczenia. Inni znowu przywiązują wielką wagę do klimatu południowego i polecają swoim chorym Riwierę, Egipt i t. p.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że nie mamy w tym kierunku żadnych dowodów, ani też dokładnych i skończonych badań. Proponowanych badań przez Wolffa-Funermanna na kongresie gruźliczym w Berlinie r. 1898 niestety jeszcze dotychczas nie podjęto. Bardzo byłoby pożądanem, ażeby badania te wkrótce w sposób wolny od zarzutu przedsięwzięto i ażeby w końcu stworzyć jasne poglądy. Dotychczas jest jedno zdanie niewzruszone, na które dziś wszyscy się godzą, że jakaś miejscowa odporność po myśli Brehmera nie istnieje i że tak, jak gruźlica płuc w każdym klimacie może wystąpić, tak też w każdym klimacie można ją wyleczyć. Jeżeli jednakże z tych faktów chce się wyprowadzić wniosek, że czynnik klimatyczny jest bez znaczenia i w terapii gruźlicy wcale zbędny, tobyśmy za daleko odbiegli od celu.

Tu należy się zastanowić, czy w ogóle czynnik klimatyczny ma wpływ na ustrój i czy wpływ ten jest dość silny, ażeby przez zmiany w całej przemianie materyi mógł działać zgubnie na prątek gruźliczy? Dalej należałoby rozstrzygnąć pytanie, który klimat może najenergiczniej wpływ ten wywrzeć?

Ponieważ wpływ klimatu górskiego i morskiego już bardzo często był przedmiotem rozpraw, wypada przeto w tem miejscu bliżej się nad tem zastanowić. Przecież wszyscy wiemy, że u każdego człowieka zdrowego, a tem bardziej u chorego, zmiana klimatu wywołuje zaburzenia w ustroju. Jeżeli teraz chodzi o to, ażeby rozstrzygnąć, który klimat szczególnie nadaje się dla chorych na płuca, to odpowiedź na to może brzmieć, że każdy klimat nadaje się i będzie równie dobre nieść skutki, jeżeli tylko może wywołać wyżej wymienione przemiany w ustroju, mianowicie zmianę podłoża dla prątka.

Ponieważ tu idzie o zmianę podłoża, wynika więc z tego, że zawsze ten klimat będzie najlepszy, który przedstawia inne stosunki, aniżeli ten, w którym chorobę nabyto, właśnie dlatego, że w zmianie klimatu leży ten silny bodziec, który jest w stanie zmienić przemianę materyi, a tem samem działać niszcząco na prątek gruźliczy. Mieszkaniec równiny powinien udać się w góry, albo nad morze, — jest to bowiem prawie co do skuteczności równoważne; mieszkaniec podgórza powinien powędrować jeszcze wyżej w góry, albo nad morze; mieszkaniec pobrzeża i wysp powinien udać się w góry. Ważnem jest tylko jedno, co udowodniono już po tysiąc razy, że zmiana klimatu jednego powinna być na taki drugi, który działa na zmianę podłoża.

Że w tej zmianie klimatu leży właściwy czynnik leczniczy, można to codziennie stwierdzić. Czyż nie osiąga się najlepszych wyników właśnie w pierwszych tygodniach pobytu w miejscu leczniczem? Także Meissen [5]) zgadza się na to, „że w razie, jeżeli poprawa w ogóle ma miejsce, to zazwyczaj najszybciej w pierwszych tygodniach“. Po pewnym czasie następuje u każdego chorego stan wyrównania, przemiana materyi sprowadza się do pewnej stałej normy i dalszych wyników nie należy oczekiwać. Z pewnością można powiedzieć, że własność przystosowania się prątka Kocha w większej liczbie przypadków jest dość duża, ażeby się do nowych warunków życia zastosować. Zatrzymywać takiego chorego całe miesiące wśród tych samych warunków klimatycznych, co się dość często dzieje, jest według przytoczonych wywodów bezcelowe; znaczy to po prostu narażać chorego na stratę czasu i pieniędzy. Jeżeli osiągnięto to, co w tym lub owym klimacie było do osiągnięcia, wówczas należy przez zmianę czynnika klimatycznego znowu wywołać nasilone zmiany w przemianie materyi ustroju, ażeby przez ponowne przeistoczenie podłoża na świeżo utrudnić rozwój prątkowi gruźliczemu. Żądanie: „wcześnie zastosować właściwe leczenie i wykonywać je długo“ ma swoje dobre uzasadnienie. Właściwe to leczenie jednak nie polega na tem, ażeby go przeprowadzać jak najdłużej w tem samem miejscu, lecz na tem, ażeby, jeżeli w jednem miejscu możliwe do osiągnięcia wyniki nastąpiły, a dalsze polepszenie następuje bardzo wolno, albo wcale nie postępuje, wyszukać inne miejsce lecznicze, które okazuje znowu inne stosunki i warunki klimatyczne.

Słowem żaden klimat, jako taki, nie posiada własności leczniczej. Siła leczenia leży w zmianie klimatu.

III. Rozległe zastosowanie w leczeniu gruźlicy płuc

[4]) Steinthal: Die Prophylaxe u. Disposition: Zeitschrift f. Tuberculose u. Heilstättenwesen 1901. Band II. Heft 6.

[5]) Meissen: Gebirgsklima u. Tuberculose (Deutsche Med. Zeitung 1895. H. 72).

zajmuje wprowadzony przez Dettweilera do terapii, tak w miejscowościach leczniczych, jako też w zakładach, zupełny spokój chorego (leżenie w łóżku). Leczenie to, które przedtem służyło, ażeby chorym gorączkującym i bardzo osłabionym umożliwić stałe używanie powietrza w miejscowości klimatycznej, później znalazło także swoje zastosowanie i u chorych niegorączkujących i dość silnych. Że u chorego gorączkującego jest wskazany bezwzględny spokój, rozumie się samo przez się[6]), tak samo nie ulega żadnej wątpliwości, że i dostateczne używanie powietrza u chorego bardzo osłabionego tylko na tej drodze jest możliwem. Jasnem atoli jest, że o wpływie ciągłego leżenia na samą sprawę chorobową mowy być nie może. Mimo to chciano upatrywać w tem leżeniu bezpośredni środek leczniczy; to stało się podstawą, dlaczego tu i ówdzie polecano spokojne leżenie dość silnym i niegorączkującym chorym, bez względu na okres choroby. Poglądom tym jednakże, na których polega zastosowanie tej metody leczenia i u osób lekko chorych, brakuje trwałej podstawy. Wychodząc z spostrzeżenia Biera, odnoszącego się do leczenia gruźlicy stawów, który wywoływał przekrwienie żylne, sądzono, że będzie można wywrzeć wpływ na ognisko chorobowe, wywołując przekrwienie zastoinowe w szczytach płuc. Nie jest jednakże jeszcze udowodnionem, czy przez ułożenie w odpowiednich leżakach przekrwienie żylne w ogóle następuje w ognisku chorobowem w płucach. Obrońcy tej teoryi, postępując według prostej logiki, odrzucili stołki, zrobione według pomysłu Falkensteina, a zastąpili je odpowiednimi leżakami, na których umożliwiono ułożenie poziome chorego. Najdalej w tym kierunku poszedł Jakoby, polecając wysokie ułożenie miednicy chorego celem leczenia zmian, usadowionych w szczytach. Sposób ten nazwał on „autotransfuzyą“. Tymczasem wyniki leczenia w t. zw. ułożeniu poziomem *(Flachliegekur)*, jakoteż skutki autotransfuzyi, o ile dziś można sądzić, nie różnią się niczem od tych, które otrzymano w inny sposób. Zalecać spokój, jako wprost środek leczniczy, spodziewając się, że on wywoła zbawienny wpływ na ognisko chorobowe przez sprowadzenie przekrwienia biernego, znaczyłoby przy stosowaniu właściwego leczenia przyznawać za wielkie znaczenie hipotetycznym rozumowaniom.

Chciano jeszcze i z innego punktu widzenia położenie leżące uznać za czynnik leczniczy, mianowicie wychodząc z tego założenia, że w tem położeniu możliwem jest wprost na drodze mechanicznej oczyścić chorą część płuc z nagromadzonej wydzieliny. Przy używaniu leżaków Dettweilera odpada naturalnie ta możliwość zupełnie, ale także w położeniu zupełnie poziomem, a nawet przy nizkiem ułożeniu barków, nie można ręczyć za utrzymanie w czystości ogniska chorobowego, gdyż wprawdzie przez to poziome ułożenie wydalanie wydzieliny, znajdujących się w górnych częściach dróg oddechowych, jest możliwem, a nawet prawdopodobnem, z drugiej jednakże strony koniecznie musi następować zatrzymywanie się wydzielin w drobnych oskrzelikach szczytów płucnych.

Jak z jednej strony zalecony spokój *(Ruhekur)*, jako metoda lecznicza, ma dość wysokie znaczenie u gorączkujących i posiada znaczny wpływ na leczenie odżywcze u wynędzniałych, tak z drugiej strony przy ocenieniu własności leczniczej tej metody dochodzimy do wyników ujemnych. Ażeby nie być źle zrozumianym, powtarzam tu ponownie, że nie powinno się i nie można zwalczać celowości i konieczności metody leczenia spokojem, nie można jej jednakże zaliczyć do właściwych czynników leczniczych w gruźlicy płuc, wychodząc właśnie z tego punktu widzenia, że tylko ta metoda przedstawia właściwy czynnik leczniczy, która niszczy prątek gruźliczy, czy to bezpośrednio, czy też pośrednio, przez zmianę jego podłoża.

IV. Co się tyczy hidroterapii, to o niej wspomnę zwięźle: nie dlatego jednak, żebym chciał temu czynnikowi leczniczemu przypisać mniejszą, niż poprzednim wartość; przeciwnie: tylko dla tego, że wartość jej w leczeniu gruźlicy płuc jest ogólnie znaną. Na zawsze pozostanie niezaprzeczoną zasługą Winternitza i jego szkoły, który wykazał tak klinicznie, jakoteż doświadczalnie, że przez pewne zabiegi wodolecznicze czynność serca się wzmaga, napięcie naczyń podnosi się, przemiana materyi wskutek wzmożonej wytwórczości krwi się podnosi, czynność oddechowa pogłębia się i t. d. Hidroterapia opanowuje, co także bezsprzecznie Winternitz udowodnił, nie tylko rozmieszczenie krwi w ustroju, ale także jej skład chemiczny i morfologiczny. Jej wpływ zdoła zmienić czynności całych narządów, potrafi zmniejszyć lub zwiększyć ich objawy, słowem przedstawia w ten sposób, jak się Winternitz wyraża, właściwą terapię utleniania. Dawno już udowodniono, że przez zastosowanie odpowiednich podrażnień ustroju zimnem, wprowadzamy w ruch jego siły zapasowe. Czy te siły zapasowe lub pomocnicze polegają na powstałej wskutek zadrażnienia zimnem leukocytozie, czy też zwiększającej się razem z nią zasadowości krwi, lub też na tem, że niezależnie od wzmożonej leukocytozy więcej wytwarza się aleksyn, jest to rzecz obojętna. Niezbitem jest jednak to, że pod wpływem hidroterapii krew i jej surowica są odporniejsze na bakterye. W hidroterapii więc leży potężny, na całe ciało energicznie wpływający czynnik leczniczy, który z powodu swej wartości stoi na równi z czynnikiem klimatycznym.

V. Natomiast wartość leczenia lekarstwami stanowi znowu punkt sporny [7]). Po jednej stronie stoją zacięci przeciwnicy i wykazują nicość tej terapii, po drugiej nadzwyczajni wielbiciele i zwolennicy konsekwentnie prowadzonego leczenia przez podawanie środków leczniczych.

W praktyce rzecz ma się tak, że lekarz w miejscu klimatycznem w ogóle może wcale nie używać środków lekarskich, podczas gdy praktykujący w mieście chociaż czasowo bez nich obejść się nie może. Naturalnie leczenie przetworami chemicznymi jest dalekiem od tego, ażeby można powiedzieć, że jest to terapia racyonalna, gdyż środki te nie mogą wprost zniszczyć prątka Kocha. Szybko też wypadło uznać, że wprowadzenie środków przeciwprątkowych w takiej ilości, jakiejby potrzeba było do zniszczenia prątka, jest niemożliwem, gdyż wprowadzenie ich do ustroju byłoby przedewszystkiem dla niego samego niebezpiecznem; oczywiście odmawiać na podstawie tego twierdzenia wszel-

[6]) A. Ott. (Berlin klin Wochenschrift 1902 Nr. 6). Gazeta lekarska, 1902. Nr. 19 (Dział sprawozdawczy Nr. 51.) recenzye Springera.

[7]) Bardzo zajmującą pracę podaje nam Dr. A Weissmayr Klinisch. therap Wochenschrift Nr. 2, 8, 9: Die medicamentöse u. symptomatische Behandlung der Lungentuberculose. Streszczone przez Dra H. Piska w „Przegl. lekarskim“ Nr. 19, 1902.

kiego wpływu leczniczego leków na gruźlicę byłoby wielkim błędem. Rzeczywiście, usiłowania do opanowania sprawy chorobowej zapomocą przetworów leczniczych nigdy nie ustawały. Od czasu, kiedy Sommerbrod polecił kreozot, nigdy nie zamilkły głosy tych, którzy są za energicznem stosowaniem tego leku. Tak kreozot, jakoteż jego pochodne, cieszą się dziś szerokiem uznaniem u wielu lekarzy. Tak samo rzecz się ma z żelazem, ichtyolem, ichthozolem, arsenem, którego obecnie pod postacią kakodylu i atoksylu [8]) używa się wraz z wielu innymi. Zbawienny wpływ wszystkich tych środków nie może ulegać wątpliwości. Że działanie ich, przy wykluczeniu wszystkich innych czynników leczniczych, a nawet w najsmutniejszych warunkach społecznych, występuje, udowodnili to niejednokrotnie wiarygodni klinicyści. Jeżeli więc sposób działania leków nie polega na bezpośredniem zniszczeniu prątka gruźliczego, to pozostaje tylko jedno wyjaśnienie ich działania, że przez wprowadzenie pewnych przetworów następuje zmiana podłoża, która pośrednio odcina warunki życia zarazkowi chorobotwórczemu. Że ta zmiana w ustroju, która klinicznie zaznacza się dość często podniesieniem ciężaru ciała, rzeczywiście odbywa się, udowodniono tysiącznemi badaniami przemiany materyi. Ta właśnie zmiana terenu jest tym czynnikiem, który prowadzi do zniszczenia prątka. Jeżeliby można do tego doprowadzić, żeby przez podawanie leków prątek chorobotwórczy został pozbawiony wszelkich warunków bytu, wówczas byłaby to pewna droga do leczenia gruźlicy. Ponieważ jednakże nie możemy dawek żadnego znanego leku tak podwyższyć, ażeby przez to uczynić zgubnymi warunki bytu prątka Kocha, przeto nie pozostaje nam nic innego, jak szukać jego zniszczenia na innej drodze. Ponieważ prątek potrafi się zastosować do zmiany warunków, przeto przez podnoszenie dawek coraz to wyższych jednego i tego samego leku możemy wynik działania tylko w pewnych granicach osiągnąć. Jeżeli próbujemy działać przez coraz to nowe zmiany podłoża, jeżeli więc zmienia się leki, ażeby przez coraz to nową przemianę materyi, przez zmianę terenu, ciągle przeszkadzać przystosowaniu się prątka do tych warunków, tą drogą można otrzymać daleko lepsze wyniki. A więc i w leczeniu gruźlicy płuc środkami leczniczymi ma znaczenie ta sama zasada, jaką poznaliśmy przy poprzednio wspomnianych czynnikach leczniczych, mianowicie, że ciągłe podawanie coraz to innych środków przez zmianę w przemianie materyi, zmienia również doszczętnie cały teren dla prątka gruźliczego.

Tak jak niema żadnego klimatu, któryby mógł wywrzeć jakiś szczególny wpływ, tak również niema w obecnym czasie żadnego leku, któremuby można przypisać jakieś szczególne działanie swoiste na prątki gruźlicze, lecz jak nie jest logicznie zaprzeczać z tego powodu wartość klimatoterapii, tak również byłoby nielogicznem odmawiać działania i wartości leczniczej przetworom aptecznym, ponieważ nie posiadają jakiegoś działania swoistego.

Oba te czynniki lecznicze dają pomyślny wynik, jeżeli się je odpowiednio zastosuje. Ostateczny wniosek jest ten, że żaden z dotychczas znanych leków nie posiada swoistego działania na sprawę gruźliczą. Główna zatem zasada w leczeniu gruźlicy przetworami leczniczymi polega na ciągłej ich zmianie.

[8]) Atoksylum, streszczone przez J. Lipsztala. Aloksyl, czyli anilid kwasu metaarsenawego ($C_6 H_5 NH SO_2$), zawiera 37·69% As., a więc prawie połowę tego, co kwas arsenowy ($As_2 O_3$); dlatego też 20 razy mniej trujący, niż równa ilość kwasu arsenowego. Proszek biały bez zapachu, o smaku nieco słonawym. Do wstrzykiwań używa się 20% roztwór nieco ogrzany (w celu rozpuszczenia się zupełnego przetworu); wstrzykiwania robi się zacząwszy od 2 podziałek =0·04, aż do jednej pełnej strzykawki Pravaza =0·2. Więcej patrz prace Walter Schmidt, „Berlin. klin. Wochenschrift 1902 Nr. 13“ (W polskim języku: „Gaz. lekarska“: Nr. 20. 1902. Wiadomości terapeutyczne).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky. **Die chirurgische Abteilung des St. Lazarus Spitales zu Krakau. Ein Bericht über 10.000 Operationen.** Krakau 1903, str. 83.

Chirurgowi, pracującemu w okresie wymyślnej aseptyki, dziwnym wydaje się ustęp w jednym z listów Billrotha, pisanym w epoce ustalonej już antyseptyki, „że chirurg mało miał do roboty, gdyż rzadko tylko trzeba było zmieniać opatrunki“. Dziś bowiem mimo aseptyki, doskonalszej przecież od dawniejszej antyseptyki, lekarze oddziałów chirurgicznych przeciążeni są pracą. Każdy z chirurgów pojmie przeto łatwo, ile pracy trzeba było włożyć, aby w przeciągu 5 lat wykonać 10.000 operacyj, jak to miało miejsce w oddziele prowadzonym przez Prof. Trzebickiego. Praca ta zaś ogromna sama przez się podwaja się jeszcze skutkiem niedostatecznych urządzeń oddziałów chirurgicznych w naszych szpitalach, wszystko jedno, w stołecznych czy też prowincyonalnych. W poprzek najlepszym chęciom i zamiarom staje brak odpowiedniej liczby dostatecznie wprawionego personalu lekarskiego; syzyfowa praca z lichą, bo licho nagradzaną służbą, a nadewszystko chroniczny brak gotowego grosza, któryby umożliwił iść z postępem nauki. Osłabnie najsilniejsza wola, zmięknie, choćby jak stal hartowna, energia, potykając się na każdym kroku o takie lub inne przeszkody. Napróżno szukać winnych. Ekonomiczny stan naszego kraju uniewinnia, a niekiedy tylko maskuje, ale aż do usprawiedliwienia, nawet złą wolę. Złe, wynikające z niedostatecznych i nieodpowiednich warunków wewnętrznych, wyrównaćby można, oczywiście do pewnego tylko stopnia, nadzwyczajną troskliwością i sumiennością odpowiedzialnych lekarzy. Lecz możliwem byłoby to wówczas, gdyby jeden lekarz-chirurg miał do leczenia, nie 110—150 chorych, ale 50—60. Na tem zyskaliby wszyscy: 1) kraj — gdyż chory troskliwiej doglądany, ozdrowiałby szybciej i prędzej, stawałby się napowrót jednostką wytwórczą; 2) chory — z tych samych przyczyn, co i kraj; 3) lekarz ordynujący, mógłby bowiem uczynić i przypilnować wszystko, co doń należy i wówczas dodatkowo posiadałby zadowolenie, wynikające z sumiennie spełnionego obowiązku, a wreszcie 4) niemałe korzyści odniosłaby mogła nauka z dokładnego spostrzegania choroby i chorego.

Sprawozdanie, które mamy przed sobą, dowodzi, że nawet w mniej korzystnych warunkach podołać można tym zadaniom. Przeszło 30 prac naukowych w tem pięcioleciu, ogłoszonych już to przez samego Prof. Trzebickiego, już też przez jego uczniów, jak niemniej liczba operacyj, wykonanych przez lekarzy praktykujących (7785), dowodzą chyba najlepiej, że nauki i nauczania nigdy z oka nie spuszczano. O dobro własne dbał... sam kraj najlepiej, nie dając pieniędzy nawet na pilne potrzeby. Jak zaś powodziło się chorym na oddziale leczonym, wynika z dalszej części sprawozdania, z natury rzeczy tylko z grubsza szkicowanej. Z tej części, niejako szczegółowej, dowiadujemy się, że Prof. T. do znieczulenia ogólnego używa najczęściej mięszaniny 4 cz. chloroformu, 1 cz. alkoholu i 1 cz. eteru. Mięszanka ta nadaje się najwidoczniej doskonale do użytku, skoro na 5265 znieczuleń miał Prof. T. tylko jeden przy-

padek śmierci i to u chorego, u którego sekcya wykazała zwyrodnienie mięśnia sercowego (po arszeniku) i przewlekłe zapalenie nerek. Na drugiem miejscu stoi znieczulenie miejscowe sposobem Schleicha z liczbą 1578. W tej grupie notuje prof. T. bardzo pouczające spostrzeżenie śmierci 18-letniego kretyna, wywołanej przez zatrucie płynem Schleicha, a właściwie morfinę w nim zawartą, której w tym konkretnym przypadku zastrzyknięto 0.016, w 80 sz. cm. płynu Nr. II. Kokainizowanie rdzenia użyte w 248 przypadkach, okazało się nienajlepszem, skoro obecnie, jak to wynika ze „Sprawozdania", używa go Prof. T. tylko wyjątkowo. W odpowiednich przypadkach stosowano i inne metody znieczulające (Obersta, Krogiusa, rozpylania chlorku etylu itd.) Zdaje się, że w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu indywidualizowano. Ze szczegółowego spisu operacyi dowiadujemy się między innymi, że 820 razy wyłuszczano gruczolaki zołzowe, w 220 przypadkach wykonano hermiotomię, częściowo z wycięciem jelita zgorzelinowego, 109 razy otwierano jamę brzuszną z powodu niedrożności przewodu pokarmowego, w pięciu przypadkach wycięto zmienioną śledzionę i t. d. Z rzadszych spostrzeżeń podnieść należy dwa przypadki chorobowe, tyczące 20- resp 16-letnich chłopców, u których na podstawie bardzo wyraźnych objawów klinicznych rozpoznano cieśń odźwiernika z następową rozstrzenią żołądka. Operacya wykazała natomiast stosunki prawidłowe i jakkolwiek w obu przypadkach ograniczono się wyłącznie do stwierdzenia tych stosunków, osiągnięto zupełne wyleczenie. Chodziło tedy najprawdopodobniej o histeryę. Co się zaś tyczy innych operacyj na żołądku, to dowiadujemy się, że Prof. T. zakłada przetokę żołądkową sposobem Witzla, gastroenterostomię wykonuje z zasady sposobem Wölflera, do której w ostatnich czasach dodaje enterostomię na obu ramionach; wyjątkowo tylko posługuje się metodą Hackera. Raz tylko wyciął zrakowaciały żołądek (rozpoznanie potwierdził mikroskop), lecz z wynikiem znakomitym, gdyż operowana przed $3^1/_2$ laty żyje i jest zdrowa. W zakresie dróg żółciowych operował 7 razy, jak na nasze stosunki wcale często. Między temi spostrzeżeniami mieści się wyleczony przypadek ropnia wątroby. Interesującym jest również ze względu na toczącą się obecnie niemal wszechświatową dyskusyę, przypadek nefrotomii, dokonanej z powodu moczenia krwawego. Podczas operacyi *(sectio renis)* nie znaleziono kamienia, którego się domyślano, stwierdzono natomiast wyraźny obraz przewlekłego zapalenia nerek. Od chwili operacyi krwawienia ustały. W przypadkach przerostu gruczołu krokowego z zupełnem zatrzymaniem moczu Prof. T. chorych trzebi. W 11 przypadkach, leczonych w ten sposób, osiągnięto tyle, że chorzy, którzy przed operacyą stale posługiwali się cewnikiem, po operacyi oddawali mocz sami. Prof. T. stoi zatem na stanowisku, którego niedawno temu bronił Rovsing. Wreszcie pominąć nie można trzech przypadków zastarzałego zwichnięcia stawu biodrowego, z których dwa leczono krwawem odprowadzeniem, jeden zaś resekcyą. Wynik osiągnięty we wszystkich przypadkach zadowolnił chorych. Ogólna śmiertelność na tych 10.000 operacyj wynosiła 6·69%, liczba wcale nie wysoka, gdy się zważy, że 80 chorych przyniesiono na oddział konających, a 125 z niedrożnością jelit.

Kończąc czytanie „Sprawozdania", odwraca się ostatnią kartę z tem przeświadczeniem, że treść jej w pełnej pozostaje harmonii z piękną szatą zewnętrzną, w jaką ją autor przystroił. *Herman.*

IV. Wyciągi.

Zweifel. **Przypadek karnego dochodzenia przeciw lekarzowi z powodu zaniedbania zeszycia międzykrocza.** (*Deutsch. med. Wochen.* Nr. 1, 1903). Lekarz, który nie zeszył przedarcia międzykrocza trzeciego stopnia, został oskarżony o ciężkie uszkodzenie ciała. Zbijając oskarżenie, wypowiada Z. obecne zapatrywanie na sposób powstania i wielkość pęknięcia, oraz jego leczenie. Pęknięcia międzykrocza nie sprowadza lekarz; co najwyżej może dostatecznie chronić międzykrocze od pęknięcia. Przy porodach siłami natury pęknięcie powstaje skutkiem zbyt gwałtownych bólów porodowych lub niespokojnego zachowania się rodzącej, która przeszkadza podtrzymywaniu międzykrocza. Przy porodach operacyjnych pęknięcia nie są częste, a jeżeli się trafią, to także nie z winy lekarza, bo każdy się stara uchronić międzykrocze od przedarcia. W przytoczonem oskarżeniu pewne pozory słuszności miałoby tylko zaniedbanie zeszycia. Według najnowszych zapatrywań każde pęknięcie, bez względu na wielkość, powinno być zeszyte i to o ile możności jak najwcześniej; według dawniejszych zapatrywań tylko pęknięcia znaczniejsze należało zeszywać. Winą więc lekarza byłoby, że wielkość pęknięcia przeoczył lub całkiem międzykrocza nie oglądał. Że takie przeoczenie łatwo nastąpić może, na to składa się wiele okoliczności, jak brak należytego oświetlenia, niespokojne zachowanie się położnicy i obfity odpływ krwi, który zaciemnia obraz, a w końcu zmęczenie lekarza. Można wprawdzie międzykrocze zeszyć w kilka a nawet i w kilkanaście godzin po pęknięciu, a i tak się zrośnie; więc kiedy lekarz i położnica należycie wypoczną, zeszycie to można wykonać samemu bez asystencyi i bez uśpienia, a tylko w znieczuleniu miejscowem 1% kokainą. Ponieważ jednak pęknięcia, zwłaszcza trzeciego stopnia, jeżeli są nie zupełnie dokładnie zeszyte, prawie zawsze źle się goją, a specyalności tej od lekarza praktykującego wymagać nie można, dla tego nie jest winą lekarza, że pęknięcia takiego nie szyje, tylko pozostawia to do następowego zeszycia specyaliście. Przy szyciu znacznego pęknięcia międzykrocza, aby nie zmienić położenia brzegów rany, radzi autor na brzegi pękniętego wejścia do pochwy i dolne brzegi przedartego międzykrocza założyć szwy pojedyncze, które naciągając, rozchylają pęknięcie i uwidoczniają miejsca nawzajem sobie odpowiadające. Katgutem radzi zeszyć odbytnicę, nie przekłówając błony śluzowej, pochwę i warstwy głębsze; powierzchowne zaś warstwy radzi szyć materyałem nierozpuszczalnym, n. p. drutem. *P.*

Fuhrmann. **Leczenie czerniaczki noworodków podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). Ściśle powinno się rozróżniać dwa rodzaje czerniaczki: 1) prawdziwą lub swoistą, pojawiającą się 2 do 3-go dnia u noworodków, zrodzonych zdrowo, nieomdlałych, bez żadnego zabiegu operacyjnego, gdzie jedynym objawem sekcyjnym jest szczelne wypełnienie jelita krwią z następową ostrą niedokrewnością wewnętrznych narządów, bez jakichkolwiek innych zmian patologicznych. 2) Objawową, albo t. zw. krwotok jelitowy, np. wskutek krwawiączki, posocznicy, lub innych chorób ustrojowych. Autor opisuje trzy przypadki, zaliczone przezeń do pierwszej grupy, z których jeden zakończył się śmiercią, a dwa wyleczeniem zapomocą podskórnych wstrzykiwań 2% roztworu żelatyny *[Rp. Gelatinae albae 1,00, Natrii chlorati chem. puri 0,30, Aquae destil. 50,00]* jednorazowo po 40—50 grm. w okolicę między łopatkami, lub w uda. *G. Grzybowski.*

E. Oswald. **Leczenie czerniaczki noworodków wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 47, 1902). Autor podaje historye chorób pięciu noworodków, cierpiących na czerniaczkę. Jeden z przypadków pomija, gdyż dotyczył niedonoska, ważącego 1750 grm. i tak straconego. Z czterech dwóch leczono wstrzykiwaniami żelatyny, a dwóch ergotyny i lodowymi okładami. Wobec pomyślnego wyniku dwóch sposobów leczenia powinno się być ostrożniejszym w przypisywaniu zbytnich zalet jakiemuś jednemu środkowi leczniczemu, raczej należałoby wyczekiwać znaczniejszej liczby ogłoszonych przypadków, celem wyrobienia pewności w tej sprawie. *G. Grzybowski.*

G. Woyer. **Przeszkoda porodowa w postaci bliznowatego zwężenia ujścia macicznego skutkiem kiły.** (*Wiener med. Presse* Nr. 52, 1902). Do rzadszych zwężeń należą te, które powstają na tle owrzodzeń błoniczych, rzeżączkowych lub kiłowych, stanowiących nieraz poważną przeszkodę porodową z powodu rozległych blizn. Autor opisuje dokładnie przypadek bliznowatego zwężenia po pierwotnym wrzodzie na części pochwowej pierwiastki, u której, pomimo kilkudniowych, bardzo silnych bólów i dobrych warunków porodowych, musiano ukończyć poród rozszerzeniem ujścia zapomocą kilku znacznych nacięć, a potem wydobyć płód kleszczami. Brzegi ujścia drożnego dla palca były bardzo silnie napięte, dawały we wzierniku biały, lśniący odblask; odleglejsze zaś części były różowe. Przebieg połogu prawidłowy. W parę dni wystąpiła u noworodka wybitna pęcherzyca kiłowa. *G. Grzybowski* (Kraków).

M. Schechner. **Przyczynek do ręcznego wydobycia łożyska.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 1903). W przypadkach zatrzymania łożyska, jeśli tylko niema znaczniejszego krwotoku, próbować należy zawsze, choćby w dwie godziny po urodzeniu się płodu, zabiegu Credégo, przynajmniej przez jakie pół godziny, ku

końcowi zaś zastosować nawet silne wygniatanie. Gdyby takie postępowanie zawiodło, wydobyć łożysko ręcznie. W razie urwania pępowiny, jakoteż zwężenia się ujścia szyjki, wejść dwoma palcami jednej ręki do macicy, sprowadzić przed ujście do pochwy bodaj resztki błon i skręcić je na kształt pępowiny. Postronek ten poprowadzi rękę do łożyska, jeśli go naturalnie naciągamy w pochwie drugą ręką. Dno macicy przytrzymuje położna. Łożysko oddzielamy w całości, względnie po kawałku, ale tak, by nie odrywać kawałków całkowicie, lecz połączone błonami wyprowadzać do pochwy, do owego postronka. Ostatecznie przestrzykać macicę obficie roczynem lisolu. *G. Grzybowski* (Kraków).

F. Tilden Brown. **Gruźlica nerek.** (*Journal of Americ. Med. Assoc.* 10 maja, 1902). B. miał odczyt o gruźlicy nerek na ostatnim Zjeździe amerykańskich chirurgów narządu moczopłciowego. Z 1427 sekcyj w ciągu 10 lat, wykonanych w szpitalu prezbiteryańskim w New Yorku, w 258 przypadkach (18%) znaleziono zmiany gruźlicze w ustroju; w tej liczbie w 18,5% (48 przypadków) wykryto gruźlicę nerek. Z tych 48 przypadków 32 było męzkich i 16 kobiecych; w 39 były zajęte obie nerki, w 9-ciu jedna, (w 5-ciu prawa, u czterech lewa). Z pośród 258 gruźliczych zwłok nerki były częściej zajęte sprawą gruźliczą, niż śledziona, wątroba i nadnercza. W ciągu tych samych 10-ciu lat w szpitalu było 78 przypadków rozpoznanych, jako gruźlica nerek; w 13-tu (16%) zrobiono wycięcie nerki (*nephrectomia*): śmierć nastąpiła tylko w jednym, w dwa miesiące po operacyi; sekcya wykazała, że i druga nerka była schorzała. W większości sekcyj, przy których znajdowano zmiany gruźlicze w nerkach, postać choroby była rozlana, prosówkowa. Z takimi chorymi chirurg oczywiście niema do czynienia. Na sekcyach w 3—4% znajdowano wyleczenie gruźlicy płuc; natomiast do niezwykłych rzadkości należy stwierdzenie usiłowań ustroju do wyleczenia się z gruźlicy nerek. Z punktu widzenia chirurgicznego B. nie sądzi, żeby chirurg wahał się usunąć nerkę, jeżeli ma pewność, że zajęta jest tylko jedna nerka, przy braku większych zmian gruźliczych w innych narządach. *St. Rudzki* (Lublin).

Tretrop. **Odczyn na białko w moczu.** (*Rev. méd. du Can. — Internat. Med. Magaz.* V, 1902). Autor zaleca następujący odczyn na białko: 4—5 ctm.³ świeżego moczu nagrzewa się w probówce prawie do zagotowania i następnie dodaje się kilka kropel 40% rozczynu formaliny. Jeżeli mocz zawiera białko, ścina się ona na wzór białka kurzego i zbiera się na powierzchni moczu, osiadając również na ścianach probówki. Po zlaniu płynu można oznaczyć ilość białka przy pomocy zważenia otrzymanego osadu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

W. Osler. **Niedokrewność śledzionowa i jej postacie.** (*Journ. of Americ. Med. Assoc.* 24 maja 1902). Na ostatnim dorocznym Zjeździe lekarzy amerykańskich miał prof. Osler odczyt o niedokrewności śledzionowej. Po roztrząśnieniu wogóle zagadnienia o niedokrwistościach śledzionowych, zwrócił O. szczególną uwagę na jedną grupę przypadków, która w jego mniemaniu winna zostać wyosobnioną, jako oddzielny typ. Cechy, właściwe tej grupie, są następujące: przewlekły przebieg niedokrewności i obrzęk śledziony; brak wszelkiego przerostu gruczołów chłonnych; zmiany we krwi właściwe błednicy i niedokrewności: liczba krwinek czerwonych może być i wyższą od 4,000.000 w 1 mm.³, a zawartość hemoglobiny nizka, do 30%; liczba białych ciałek może również nieraz dojść do bardzo małych ilości; dalej — zabarwienie skóry bywa nieraz bardzo cechujące, w pewnych przypadkach pstre, w innych jak w srebrzycy; wreszcie w późnych okresach bywa zajęta i wątroba, po śmierci zaś stwierdza się w niej marskość.

Prof. Osler mniema, że ta grupa z przytoczonymi powyżej objawami zupełnie się różni od przypadków niedokrwistości złośliwej z powiększoną śledzioną, od pewnych przypadków marskości wątroby, głównie przyrody kiłowej i od choroby Hodgkina. Nazwy „niedokrewność śledzionowa" O. używa jedynie w braku lepszej.

Leczenie tych przypadków jest niezbyt zadawalniające. Czasowe polepszenia mogą nastąpić, liczba krwinek czerwonych powiększy się, lecz zawartość hemoglobiny pozostaje nizka. Istota choroby jest nieznana. Czy zależy ona od zmian w śledzionie, czy nie, nie stwierdzono dotąd, lecz niektórzy chorzy tego rodzaju wyzdrowieli po wycięciu śledziony. Przy udziale innych kolegów zebrał prof. Osler 42 przypadków tego cierpienia. *St. Rudzki* (Lublni).

Wernic. **W sprawie leczenia ostrych spraw gnilnych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 38). W. gorąco poleca w ostrych sprawach gnilnych płókanie jelit 1% rozczynem chlorku sodowego. Ponieważ przepłókiwanie trwa długo (przeszło godzinę), wlewany rozczyn wchłania się do krwi: skutkiem tego wytwarzają się warunki dla łatwiejszego wydzielania się z ustroju trucizny gnilnej. Przed wlewaniami podskórnemi i wewnątrzżylnemi metoda ta ma tę przewagę, że tu płyn wprowadza się do krwi bardzo powoli, wskutek czego serce, osłabione sprawą gnilną, nie jest narażone na wzmożoną pracę. Pod wpływem wlewań wewnątrzjelitowych czynność serca wzmaga się, tętno staje się pełniejszem, błony śluzowe wilgotnemi, ilość moczu znacznie się zwiększa, ciepłota obniża się, ogólny stan chorego poprawia się. Za każdem podniesieniem się ciepłoty wlewanie należy powtórzyć. Tym sposobem udało się W. uratować pięć położnic od połogowego zakażenia krwi. *Witold Orłowski* Ptbg.)

Doc. Popielski I. **Celowość pracy gruczołów trawieńcowych.** (Doniesienie tymczasowe). (*Wracz* 1901, Nr. 50). II. **Celowość pracy trzustki i gruczołów żołądkowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 35). Popielski roztrząsa krytycznie teoryę prof. Pawłowa o celowem zastosowaniu się gruczołów trawieńcowych do rodzaju pokarmu. Teorya ta opiera się przeważnie na doświadczeniach, przeprowadzonych pod kierownictwem i w myśl Pawłowa nad trzustką. Według Pawłowa trzustka wydziela sok w takiej ilości i z takim zaczynem, który jest potrzebny dla przetrawienia spożytego pokarmu. W błonie śluzowej jelit cienkich Pawłow usadawia szereg obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, odznaczających się pobudliwością swoistą: jedne z tych zakończeń przechodzą w stan czynny tylko pod wpływem tłuszczu, sprowadzając sok, zawierający przeważnie zaczyn tłuszczowy: inne drażnią się wyłącznie pokarmami skrobiowatymi, wywołując wydzielanie soku, bogatego w zaczyn skrobiowy itd.; w razie pokarmu, złożonego z białkanów, tłuszczów i węglowodanów, podrażniają się wszystkie zakończenia, wskutek czego wydziela się sok, zawierający wszystkie trzy zaczyny. Czynniki chemiczne (kwas itd.) mają również swój odrębny szereg zakończeń nerwowych, których podrażnienie wywołuje wydzielinę soku o własnościach odrębnych. Poddając tę teoryę ostrej krytyce, Popielski słusznie zarzuca Pawłowowi, że doświadczenia, na których oparł swoją teoryę, nie są przy bliższem rozejrzeniu się przekonywujące; przytoczę dwa przykłady: po spożyciu mleka, w którem niema wcale skrobi, sok trzustkowy zawiera znacznie więcej zaczynu skrobiowego, niż po spożyciu mięsa i chleba; po spożyciu pokarmu, składającego się z mleka i chleba, sok zawiera więcej zaczynu białkowatego, niż po spożyciu mięsa i t. d. Własne badania doprowadziły Popielskiego do innego wniosku, mianowicie, że różnorodność składu soku trzustkowego zależy od siły podrażnienia i ilości bodźca drażniącego. Silne bodźce (0,4% kwas solny, psychiczny sok żołądkowy) wywołują wydzielinę soku trzustkowego z małą zawartością zaczynu białkowatego i obfitą profermentu; słaby bodziec (n. p. mleko) sprowadza sok bogaty w zaczyn białkowaty. Ilość soku zależy od stopnia bodźca: im większa powierzchnia błony śluzowej jelit ulega działaniu bodźca drażniącego, tem, rzecz prosta, jest silniejszą praca trzustki i odwrotnie. Tosamo prawo rządzi również śliniankami i gruczołami żołądkowymi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Jurewicz. **Dziedziczenie własności aglutynacyjnych i wewnątrzmaciczne udzielanie się ich płodom.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Badania J. dotyczą przedostawania się aglutynin surowicy matczynej do krwi płodu i dziedziczenia własności tworzenia aglutynin. Przedewszystkiem autor badał płody zwierząt, posiadających już w zwykłych warunkach własności aglutynujące. Okazało się, że tesame własności wykazują i płody tych zwierząt, aczkolwiek i w słabszym stopniu. Następnie autor dowiódł, że aglutynujące własności surowicy samicy króliczej, uodpornionej przez zastrzykiwanie coraz silniejszych hodowli lasecznika durowego, przechodzą i na płody, najprawdopodobniej przez łożysko. Wreszcie okazało się, że płody dziedziczą również i własność samodzielnego wytwarzania aglutynin. Istotnie samica królicza w doświadczeniach autora aglutynowała przed porodem przy rozcieńczeniu surowicy 2: 60, króliki zaś zaraz po urodzeniu i w 2-gim ty-2: 6; po miesiącu zaś można było wykazać aglutynacyę we krwi tych królików nawet w razie rozcieńczenia 1: 200. Jeszcze jaskrawiej ta własność występowała u świnek morskich: płody matki, uodpornionej na 2—9 miesięcy przed ciążą, wykazywały zaraz po urodzeniu własności aglutynacyjne, przewyższające 3—4 razy matczyne. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Karnicki. **Ferometr Jollesa.** (*Izwjestija Imperat. Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1902, t. V, Nr. 1). Sprawdzając w fizyologicznej pracowni prof. Danilewskiego (Petersburg) przyrząd Jollesa, doszedł K. do wniosków następujących: 1) wzięte dla oznaczenia zawartości żelaza 0,05 sz. ctm. krwi należy silnie ogrzewać dla zniszczenia substancyj organicznych; tylko w tym razie żelazo całkowicie przeobraża się w Fe^2O^3; 2) nie należy, wbrew wskazówkom Jollesa, przepalać Fe^2O^3 z kwaśnym siarkanem potasowym ($HKSO^4$) do zupełnej utraty wolnego kwasu siarkowego, ponieważ przy takiem postępowaniu $HKSO^4$ rozkłada się na siarkan potasowy i wolny

kwas siarkowy; utworzony pierwotnie $Fe^2(So^4)^3$, w razie zupełnego odparowania kwasu siarkowego, rozpada się na tlenek żelaza (Fe^2O_3) i pierwiastki kwasu siarkowego; wobec tego ostatecznie otrzymujemy mięszankę siarkanu potasowego z Fe^2O^3. Te połączenia nie mogą utworzyć niezbędnych dla oznaczenia zawartości żelaza we krwi przyrządem Jollesa ałunów żelazowych. Przepalanie więc należy prowadzić tak, żeby zawsze zostawał jeszcze nieznaczny zbytek kwasu siarkowego, który ochrania $Fe^2(So^4)^3$ od rozpadu; przepalanie więc trzeba kończyć, gdy parowanie kwasu siarkowego jest już nieznaczne i przy następowem ochłodzeniu przepalona substancya staje się zupełnie białą i suchą. Obecność śladu kwasu siarkowego w stopionej substancyi nie przeszkadza czułości przyrządu: 3) dla stopienia należy używać bezwodnej soli kwaśnego siarkanu potasowego, ponieważ wodna sól uporczywie zatrzymuje wodę i stapia się z większą trudnością z Fe^2O^3, wobec czego otrzymane wyniki są niższe od istotnych; 4) wszystkie części przyrządu i płyny powinny być przed oznaczeniem sprawdzone. Ponieważ badacze nie zwracali dotychczas uwagi na wszystkie te okoliczności, to ogłoszone spostrzeżenia i badania przyrządem Jollesa muszą być ponownie przerobione.

Witold Orłowski. (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ravasini. **Arheol,** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień), czysty wyskok, wyrabiany z oliwy santalowej bez jej zanieczyszczających i szkodliwych domieszek, posiada skutki tej oliwy bez ujemnych stron ubocznych wszelkich środków balsamicznych. Autor zachwala skutek tego środka w rzeżączce i jej chorobach następowych, oraz w zapaleniu pęcherza moczowego innego pochodzenia; usuwa ono bóle i parcie na mocz, a nawet w gruźlicy pęcherza zmniejsza dolegliwości. Podaje się dziennie 6—12 kapsułek po 0,20. *Dr. Fels.*

Doc. Doczewski. **Cyna, jako środek przeciwko tasiemcom.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 44). Doc. Doczewski (Tomsk) poleca przeciwko tasiemcowi *stannum metallicum praecipitatum chem. purum;* jest to drobny szary proszek. który przy galwanizacyi strąca się z soli cynowej. Proszek ten rozpuszcza się w żołądku i przechodzi do jelit, gdzie wywiera działanie na tasiemca. Badania wykazują, że cyna całkowicie wydziela się z kałem; tem się tłómaczy, że niema ona żadnego działania szkodliwego. Przed zastosowaniem cyny należy dobrze oczyścić przewód pokarmowy, najlepiej gorzką wodą Franciszka Józefa (1½ szklanki); nazajutrz zrana chory ma zażyć od 2,5 do 5,0 *stanni metall. praecipit. chem. puri* w drobnych dawkach, mianowicie co 15 minut 0,6 grm. przetworu, wreszcie po 1½—2 godzinach należy powtórzyć lek przeczyszczający (olejek rącznikowy itd.). Dotychczas D. stosował cynę dla spędzenia tasiemca w 38 przypadkach: w 26 skutek nastąpił odrazu; w 8 przyszło leczenie powtórzyć, w 4 zaś nawet ponowne kilkakrotne leczenie cyną dało wynik ujemny.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 28 stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu ś. p. kol. Dr. Seifmannowi, które obecni stojąc wysłuchali; zawiadamia, że przemówił nad trumną i złożył wieniec imieniem Towarzystwa.

III. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa na posiedzeniu Dr. Podczaskiego ze Sosnowca

IV. Kol. Kozłowskiego Michała, Flisa Kazimierza, Ehrenpreisa Edwarda i Steuermarka Zygmunta przyjęto jednogłośnie w poczet członków Towarzystwa.

V. Kol. Gliński przedstawił guz gruźliczy mózgu w okolicy wzgórka wzrokowego. dotyczący przypadku. do którego dał wyjaśnienia kol. Lewkowicz.

VI. Kol. Lewkowicz omówił przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego we wzgórku wzrokowym. w sąsiedztwie szypułki mózgowej. *(Rzecz przeznaczona do druku).*

VII. Kol. Lewkowicz wygłosił odczyt: »O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych«, przyczem demonstrował odpowiednie obrazy mikroskopowe i fotografie. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

Kol. Przewodniczący zawiadamia. że kol. Radca Dworu Korczyński z powodu choroby nie mógł przybyć na posiedzenie, by wziąść udział w dyskusyi i że z tego powodu zgłosi osobny odczyt analogiczny do odczytu kol. Lewkowicza. *Dr. Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

1. Dr. Kartoulis (Aleksandrya). (*Patogeneza ropni wątroby krajów gorących, a w szczególności ich stosunek do czerwonki amebowej.*

Omówiwszy przyczyny powstawania ropni wątroby i wskazawszy na czynniki, sprzyjające ich rozwojowi, do których zalicza podzwrotnikowe upały, zmęczenie, różnicę ciepłoty dziennej a nocnej, nadużywanie napojów wyskokowych, zimnicę, czerwonkę itd. stara się prelegent wykazać, że najważniejszą rolę odgrywa tu właśnie czerwonka. Na 1860 przypadków czerwonki, spostrzeganej przez różnych autorów w Indyach wschodnich, 420 zakończyło się ropniem wątroby. Z własnego doświadczenia prelegenta wynika, że na 164 przypadków ropni wątroby, które spostrzegał, u 95 była poprzedziła czerwonka, czyli w 58% przypadków. Kartoulis dochodzi do wniosku:

1. Ameba czerwonki jest jedyną przyczyną czerwonki podzwrotnikowej, czyli amebowej.
2. Ropnie wątroby krajów gorących są w ¾ przypadków spowodowane czerwonką amebową.
3. Ropnie wątroby, występujące niezależnie od czerwonki, a które się spotyka w krajach podzwrotnikowych, występują w znacznej części, jako następstwo obrażenia jelit.
4. Alkoholizm, a jeszcze rzadziej zakażenie zimnicze, bywają powodem zapalenia wątroby i usposabiają w ten sposób do powstawania ropni, nie będąc jednak przyczyną bezpośrednią.

Wielka liczba chorych ginie corocznie w krajach gorących z powodu czerwonki i następowych ropni wątroby, a chirurgia mimo swego postępu nie jest jeszcze zdolna leczyć wszystkich ropni wątroby. Trzeba zatem wszelkimi sposobami zalecać, aby ludność starała się chronić przed czerwonką, a gdy ta wystąpi, od samego początku najenergiczniej ją zwalczać. Co do jego własnego doświadczenia,t o poleca 0·5% rozczyn garbnika i przekłada go nad wszystkie leki odkażające, bo garbnik jest według prelegenta bardziej skuteczny i więcej niewinny, niż inne środki. Poleca go nietylko jako środek odpowiedni w czerwonce, ale i jako lek zapobiegawczy przeciw ropniom wątroby.

2. Dr. Comanos pasza (Kair). *Przyczynek do patogenezy zapaleń wątroby.*

Autor wyłuszcza przyczyny i wpływ klimatu, które wywołują zapalenie wątroby, choroby, która nie istnieje w Europie i wogóle w krajach zimnych. Wykazuje zapomocą argumentów fizyologicznych, że czynność wątroby w krajach gorących jest nadmierna i że ten narząd przyjmuje na siebie i spełnia w ustroju część pracy płuc i mięśni. Ten nadmiar pracy usposabia wątrobę do zapaleń. Z wpływem klimatycznym idzie w parze obfitość pokarmów i nadużywanie napojów wyskokowych, co. jako przyczyna uboczna, zwiększa wrażliwość tego narządu. W tych warunkach wtargnięcie przypadkowe pewnych drobnoustrojów do wątroby wywołuje jej zapalenie i ropienie. Wreszcie prelegent dowodzi, że zapalenie wątroby i ropnie ostro przebiegające, są wyłącznie chorobami krajów gorących, a do ich przyczyn zalicza:

1. wpływ klimatu;
2. napływ przypadkowy drobnoustrojów. Pierwszy wywiera działanie przygotowawcze, bezwarunkowo konieczne do tworzenia się i rozwijania choroby, drugie dopełniają dzieła chorobotwórczego. Wtargnięcie drobnoustrojów może się wydarzyć w następstwie czerwonki, wskutek używania nieczystej i nieprzesączonej wody, a może być także samoistne. Wykazawszy, że zapalenie wątroby jest chorobą *sui generis* i li tylko chorobą krajów gorących, prelegent proponuje, aby zamiast długiej nazwy „zapalenie ropne wątroby krajów gorących“, nazwać je krótko „Calorhepatitis“.

3. Dr. Métin (Saigon). *Badania nad etyologią czerwonki krajów gorących.*

Przyznając trudności, nastręczające się przy badaniu przyczyn czerwonki, po długiej obserwacyi w Kochinchinie Metin zdaje się mniemać, że czynnikiem chorobotwórczym jest nie ameba, lecz „coccobacillus“, bardzo podobny do prątka moru, ale się daje od tego ostatniego łatwo odróżnić. Wyłączony, wyhodowany i wstrzyknięty pod skórę zwierzętom laboratoryjnym, sprowadza ich zgon przez posocznicę.

Dr. H. Legrand (Aleksandrya). *Uwagi nad leczeniem czerwonki zapomocą »El ko-samu«.*

Wykazawszy, że częstość czerwonki i chorób wątroby w Egipcie ma dążność do zmniejszania się, zwraca prelegent uwagę na wyniki, osiągnięte przez niego przy stosowaniu „El ko-samu", środka pochodzenia chińskiego. Okazał on się korzystnym szczególnie w przypadkach świeżych i ostrych, lecz stosując go i w przypadkach zadawnionych, nawet do trzech miesięcy, otrzymywał prelegent dobre wyniki. „Elko-sam" działa tylko na czerwonkę w ścisłem tego słowa znaczeniu, nie wywiera zaś żadnego wpływu na zapalenie jelit rzekomo-błoniaste; działanie jego byłoby zatem swoiste. Podawał co godzinę jedną tabletkę, nie przekraczając 10—12 na dzień. Dawka u dzieci odpowiednio do wieku.

5. Dr. Belleli. (Port Said). *Wlewania do jelit (enteroclysis) w czerwonce ostrej i przewlekłej.*

Wlewania do jelit kreoliny, resorcyny, kwasu salicylowego, nadmanganianu potasowego, siarkanu miedziowego i innych rozczynów odkażających, polecane przez różnych autorów, nie mogą być zastosowywane w czerwonce krajów gorących o szybkim rozwoju, gdyż drażnią jelita jeszcze bardziej. Także wlewanie rozczynu chininy, zalecane przez Rogersa z Kalkuty i Kartoulisa wywoływało podrażnienie. Wlewanie rozczynu kwasu borowego, które się zaleca powszechnie, jako nieszkodliwe, stósował Belleli na sobie samym, lecz bez skutku i źle znosił ten zabieg. Natomiast przedstawia prelegent szczęśliwe skutki wlewań rozczynu kwasu karbolowego. Mają one być znieczulające, odkażające i chorzy dobrze je znoszą; 20—40 kropel kwasu karbolowego na litr wody, zastósowane kilkakrotnie, wystarczają do pomyślnego ukończenia choroby.

6. Dr. Pressat (Ismaila). *Leczenie czerwonki chloralem.*

Autor stosował wlewania z chloralu 5—10% i osiągał dobry wynik.

7. Tenże. *Tak zwane sezonowe zaburzenia żołądkowo-wątrobowe.*

W Ismaili spostrzeganą była mała epidemia tej choroby w czasie panowania zimnicy z następującymi objawami: osobnik rozpoczynający dzień w dobrem zdrowiu, pracuje cały ranek, zjada obiad i odbywa poobiednią drzemkę, po której budząc się, uczuwa nagle silne dreszcze, bóle w nadbrzuszu, ogólne osłabienie, ból głowy, wymioty żółciowe, ciepłota 39·5—40·5°, język żółtawy. Okolica wątroby bolesna, oddech cuchnący, czasem biegunka, często zatwardzenie. Wymioty trwają czasem kilka dni, przyczem spojówki żółtawo zabarwione. Przeczyszczenie, ipekakuana, dyeta ścisła, mentol i środki alkaliczne łagodzą bóle.

Czynnikiem przyczynowym jest tu prawdopodobnie niestrawność, t. zw. „poletnia", częsta w krajach gorących, zależna od sposobu żywienia się i w czasie lata, braku pokarmów roślinnych, wystawionego na szybką fermentacyę mięsa, nadużywania napojów, zimnych kąpieli, nieregularnego zażywania chininy w celach zapobiegawczych, a nadto i przedewszystkiem nadużywania spoczynku poobiedniego. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. LXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.

(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

15. Kehr (Halberstadt): **720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem sączkowań przewodu wątrobowego w 90 przypadkach.** K. zrobił 720 operacyj dróg żółciowych w przeciągu dwunastu lat. W 80 do 90% był brak żółtaczki przy obecności kamieni żółciowych w przewodzie woreczkowym i w woreczku żółciowym, a w 30% wszystkich przypadków nie było żółtaczki nawet tam, gdzie znalazł kamienie w przewodzie żółciowym i wątrobowym; częstym był też brak i powiększenia wątroby. Leczenie wewnętrzne, zdaniem prelegenta, nie powinno mieć na celu rozpuszczania kamieni i wydalania na zewnątrz, ale ma ono tylko sprowadzić spokój w narządzie żółciowym i zmniejszyć co do nasilenia sprawę chorobową. Jest rzeczą nader trudną postawić dokładne rozpoznanie co do siedziby kamieni i jakości sprawy chorobowej; trzeba się oprzeć na bardzo dużem doświadczeniu, którego można nabyć tylko na podstawie dokładnej znajomości zmian anatomicznych, od których powinno zależeć postępowanie lecznicze: operacya, czy woda karlsbadzka. K. nie jest za operacyą w każdym przypadku; wskazania jego co do postępowania operacyjnego w chorobach dróg żółciowych są następujące: 1) częste napady kolki wątrobowej bez żółtaczki i odejścia kamieni przy postępującem wyniszczeniu ustroju; 2) przypadki z żółtaczką, gdzie kamienie nie odchodzą, a ustrój słabnie; 3) otok surowiczy lub ropny woreczka żółciowego, lub okołoworeczkowe ropienia; 4) przewlekłe zatkanie przewodu wątrobowego wspólnego, nie ustępujące po leczeniu wodą karlsbadzką; 5) kamienie żółciowe, przy których nie można się obejść bez morfiny; 6) rak woreczka żółciowego (o ile się da jak najwcześniej); 7) przypadki z przewlekłą żółtaczką, nie polegające na zamknięciu przewodu żółciowego, ani na niewyleczalnych chorobach wątroby, a gdzie można często znaleźć tylko przewlekłe śródmiąższowe zapalenie trzustki; 8) przypady uciążliwe bez miejscowych zmian w wątrobie lub woreczku żółciowym, opierające się długo leczeniu wewnętrznemu; 9) następstwa kamicy żółciowej: ropne zapalenie naczyń żółciowych, dziurawiące zapalenie otrzewnej, ropień wątroby, ropień podprzeponowy, zwężenia odźwiernika i dwunastnicy, niedrożność jelit wskutek kamieni żółciowych.

Wskazań ścisłych wogóle postawić nie można: zależy dużo od indywidualizmu chorego. Leczenie wewnętrzne (spokój, woda karlsbadzka) nadaje się: 1) do przypadków przewlekłego powtarzającego się zapalenia woreczka żółciowego: 2) jeśli napady są słabe i w dość znacznych odstępach; 3) w ostro przebiegających przypadkach zamknięcia przewodu żółciowego (przy znacznem wyniszczeniu chorego należy tylko operować). K. przedstawił tablice szczegółowe, z których wynika, że w przeciągu lat 12, na 655 chorych (stosunek kobiet do mężczyzn 5:1), zrobił 1131 rękoczynów; w pierwszych 360 operacyach robił najwięcej cystotomii, w drugich 360 wycięcia i sączkowania przewodu wątrobowego; w 12% były powikłania ze schorzeniami żołądka. Na ostatnich 300 przypadków umarł tylko jeden z powodu zapalenia otrzewnej; na 200 niepowikłanych przypadków 3 tylko (1,5%). K. operuje chorych nawet powyżej lat 70, nie szyje przewodu wspólnego, robi tylko sączkowanie przewodu wątrobowego w połączeniu z wycięciem woreczka, operuje szybko i dokładnie. Sprzeciwia się zapatrywaniu, jakoby kamienie miały się na nowo tworzyć po operacyi; nie zauważył tego ani w jednym przypadku. W końcu żali się na internistów, że tak późno posyłają chorych chirurgowi.

16. Körte (Berlin): **Uwagi nad operacyami kamieni żółciowych.** Prelegent zdaje sprawę z 135 operacyj przez siebie wykonanych z powodu kamieni żółciowych, z tych 17 było ostrych, a operował dla ratowania życia. W jednym przypadku znalazł w woreczku żółciowym aż 2550 kamieni. Jest stanowczo za wycięciem woreczka żółciowego, a to z powodu, że się wycina ognisko zakażenia, otwiera się drogę do rozpoczynającego się ropienia wątroby i nie zachodzi niebezpieczeństwo pozostawienia kamieni. Należy tamponować szeroko. Z sześciu przypadków rozległego zapalenia otrzewnej, jakie miał przy tych operacyach, jeden tylko wyzdrowiał. Jeżeli czasem (w 13 przypadkach) kamień sam dobrowolnie przebije do dwunastnicy, to może sprowadzić niedrożność jelita, którą nie łatwo rozpoznać; a wtedy należy operować bezzwłocznie z powodu niebezpieczeństwa wyniszczenia lub zapalenia otrzewnej.

17. Fink (Karlsbad): **Operacye dróg żółciowych i wątroby.** Wskazania do operacyi woreczka żółciowego są według F. następujące: 1) guzy woreczka; 2) ciężkie objawy podmiotowe i 3) zmiany przedmiotowe przy objawach podmiotowych. Wskazaniem zaś do operowania przewodu żółciowego jest zatkanie, przebiegające bądź łagodnie, bądź też z powikłaniami. Do łatwych zabiegów zalicza prelegent: zeszycie przetoki, cystotomię i cystoenteroanastomozę; do trudnych: cystikotomię, cystektomię, choledochotomię, hepatikotomię i hepatikostomię. Lekkich robił 26, ciężkich 22 z 64 rękoczynami. Śmiertelność z powodu operacyi 2%; z powodu powikłań 12,5%. F. radzi robić leczenie wewnętrzne lub chirurgiczne zależnem od danego przypadku.

18. Riedel (Jena): **Demonstracye chorych.** R. przedstawia dwie chore, które posłał do Karlsbadu. U jednej nie znalazł kamieni po otwarciu woreczka, ale udało mu się wyhodować z treści woreczka prątka okrężnicy. Takie przypadki powinno się zdaniem R. posyłać do Karlsbadu. W drugim przypadku wyciął woreczek, a mimo to później znów powstała żółtaczka; przy powtórnej operacyi u tej chorej naciął przewód żółciowy, potem dwunastnicę, wysączkował, mimo to chora ma żółtaczkę. I tę posłał do Karlsbadu.

Dyskusya: Kautsch (Wrocław) opowiada, że w klinice Mikulicza robi się więcej cystotomii, niż cystostomii. Czas gojenia jest krótszy.

Nadto zabierali głos: Fink (Karlsbad), Steinthal (Stuttgart), Kelling (Drezno), Kehr (Halberstadt), Körte (Berlin), który sądzi, że po odejściu kamieni lub po operacyi powinno się chorych

posyłać do Karlsbadu; nadto Büngner (Hanau), Reger (Hannover), Korach (Hamburg), Riedel (Jena) i Kraus (Karlsbad).

19. Reger (Hannover) demonstruje krzywe gorączki z trzech przypadków, mające określić zachowanie się biologiczne drobnoustrojów w człowieku jako pożywce.

20. Kausch (Wrocław): **Cukrzyca moczowa w chirurgii.** Chorych na cukrzycę powinno się zdaniem K. operować w czasie nieobecności cukru w moczu. Poleca u tych chorych znieczulanie eterowe; przed operacyą należy podawać znaczne ilości dwuwęglanu sodowego, czy to wewnętrznie, czy też przez podskórne wstrzyknięcie. Co do operowania zgorzeli u tych chorych, jest za indywidualizowaniem poszczególnych przypadków.

21. Sternberg (Wiedeń): **O operacyach wykonywanych na chorych na cukrzycę.** Statystyka chorych, operowanych u Gersunyego. Kilku chorych wyzdrowiało wskutek operacyj takich, którychby według zdania Kauscha nie powinno się było operować.

Dyskusya: Kraus (Karlsbad) zwraca uwagę na przerost gruczołu krokowego i zapalenie pęcherza moczowego u chorych na cukrzycę.

Neugebauer (Morawska Ostrawa) i Storp (Królewiec) zauważyli powrót cukru w moczu po jakiemkolwiek usypianiu narkotycznem.

Fink (Karlsbad) podnosi zalety operowania chorych na cukrzycę po leczeniu karlsbadzkiem.

22. Friedrich (Lipsk): **O zmianach patologicznych czołowej części mózgu.** Demonstracya preparatu i chorego, operowanego z powodu mięsaka opony twardej, który sprowadził rozmiękczenie płatów czołowych mózgu tak, że boczna komora prawa była otwartą. Zboczenia umysłowe były w przeważnej części na tle płciowem.

23. Kuhn (Kassel): **O przezwyciężeniu zgięcia esowatego zapomocą drenu jelitowego.** (Demonstracya).

24. Ullman (Wiedeń): **„Hidrotermoregulator“ i różne ciała ogrzewające** (Demonstracye przyrządów).

25. Brenner (Linc): **Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka.** B. operował 24 przypadków wrzodu żołądka; w dwunastu wykonał wycięcie (4 z wynikiem śmiertelnym), w 12 gastroenterostomię; następnie demonstruje preparaty anatomiczne z niektórych swych przypadków.

W dyskusyi zabierali głos: Körte (Berlin), Hofmeister (Tübingen) i Eiselsberg (Wiedeń).

26. Hoeftman (Królewiec): **Sposób leczenia zmian gruźliczych pochewek ścięgien i stawów.** Sposób ten polega na energicznem mięsieniu młotem ołowianym; prelegent demonstruje następnie fotografie wyleczonych przypadków. Poleca nadto leczenie guzów pochewek ścięgnistych wstrzykiwaniami nalewki jodowej, w ten sposób, że z jednej strony tego guza jest strzykawka Pravaza, wypełniona nalewką jodową, z drugiej strony szersza kaniula, którą wstrzyknięty jod odpływa.

27. Löwe (Berlin): **Demonstracya rysunków, przedstawiających narzędzia, służące do utorowania przystępu do podstawy czaszki przez nos.** Sposób zalecony przez L. polega na czasowem wycięciu całego podniebienia twardego i opróżnieniu wnętrza jamy nosowej.

28. Graser (Erlangen): **O zboczeniach krezki.** Gr. był zmuszony u 58-letniego chorego przystąpić do operacyi z powodu zwężenia odźwiernika i znalazł co do porządku przebiegu kiszek i ich krezki stosunki takie, jakie zazwyczaj znajdujemy u dwumiesięcznego płodu. Poprzecznica w tym przypadku nie dochodziła do brzegu wątrobowego, ale już od środka schodziła na bardzo ruchome jelito wstępujące i ślepe; dwunastnica zaś — od odźwiernika wzdłuż dolnego brzegu wątrobowego na prawo i w dół. Połączono w tym przypadku żołądek z dwunastnicą. Podobny przypadek opisał Alsberg.

(Dok. nastąpi).

† Dr. Adolf Mikołaj Rothe

D. 6. b. m. zakończył życie w Warszawie Dr. A. M. Rothe, wybitny psychiatra i płodny pisarz. Urodził się w Zgierzu; szkoły średnie odbył w Łodzi i Warszawie. Medycynę studyował w petersburgskiej Akademii medyko-chirurgicznej; stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1861. Już w r. 1859 mianowany został ordynatorem w petersburgskim szpitalu dla robotników; w r. 1862 objął obowiązki naczelnego lekarza szpitala w Kamieńcu Podolskim, a równocześnie był członkiem urzędu lekarskiego w tem mieście. W r. 1867 powołany został do Warszawy, gdzie mu poruczono ster szpitala św. Jana Bożego i zarząd oddziału dla obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Nadto w r. 1877 został lekarzem domu sierót i starców, zostającego pod opieką rosyjskiego Towarz. dobroczynności, a od r. 1879 — lekarzem takiegoż domu gminy ewangielickiej. W r. 1887 przeszedł w stan spoczynku. Był członkiem następujących Towarzystw: lekarskiego warszawskiego, naukowego krakowskiego, niemieckich psychiatrów, lekar. krakowskiego, psychiatrów wiedeńskich, lekarsko-psychologicznego w Paryżu.

Pisał przeważnie po polsku; wyjątkowo po rosyjsku lub niemiecku. Pierwszych 7 prac ogłosił w Kremera „Rozmaitościach lekarskich“; inne w „Tygodniku lekarskim“, oraz w późniejszych czasopismach warszawskich i krakowskich. W r. 1879 nakładem „Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich“ wydał podręcznik: „Psycho-pathologia forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie polskiem i w Galicyi“.

Żył lat 70.

Cześć imieniowi i wdzięczna pamięć zasłużonemu!

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12. lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorych i okazów przez kolegów: Gertlera, Pieniążka i Nowotnego, odbył się odczyt kol. Borzęckiego p. t. »Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie żenienia się«

(J.) W Krakowie rozpoczęto druk oryginalnej zbiorowej pracy pod tytułem: Treściwy podręcznik do nauki medycyny wewnętrznej. W napisaniu dzieła biorą udział następujący autorowie: Dr. Biegański Władysław, prymaryusz szpitala w Częstochowie; — Dr. Domański Stanisław, prof. w Krakowie; — Dr. Gluziński Antoni, prof. we Lwowie; — Dr. Jaworski Walery, prof. w Krakowie; — Dr. Korczyński Edward, prof. Radca Dworu w Krakowie; — Dr. Korczyński Ludomił, docent Uniw. w Krakowie; — Dr. Marischler Julian, doc. Uniwersytetu we Lwowie; — Dr. Pieniążek Przemysław, prof. w Krakowie; — Dr. Pisek Wilhelm, prymaryusz szpitala we Lwowie; — Dr. Rencki Roman, doc. Uniwersytetu we Lwowie; — Dr. Wiczkowski Józef doc. i prymaryusz szpitala we Lwowie; Dr. Wilczyński Ludwik w Krakowie.

Warunki przedpłaty na to dzieło zostaną wkrótce ogłoszone.

* Otrzymaliśmy I. Zeszyt miesięcznika p. t »Biblioteka lekarska«, wydawanego w Warszawie pod redakcyą Dr. J. Zawadzkiego. Redakcya rozpoczęła nowe wydawnictwo od przekładu »Patologii chorób wewnętrznych« Dr. Dieulafoya. Pierwszy zeszyt zawiera na 128 stronach początek rozdziału »O chorobach narządów oddechania«. Pomimo niskiej ceny druk i papier przedstawiają się korzystnie, a tłómaczenie jest staranne.

* Sprawozdanie miejskiego Biura sanitarnego w Rzeszowie za r. 1902 zostało rozesłane przez lekarzy miejskich: Dr. Ad. Zagórskiego i Dr. J. Tellera. Wskutek przyłączenia najbliższych przedmieść do gminy rzeszowskiej liczba mieszkańców wzrosła do 20,397, co spowodowało mianowanie drugiego lekarza miejskiego. Sprawozdanie zawiera wykazy następujących rubryk: I. Ruch ludności. II. Choroby nagminne. III. Szpitale. IV. Służba sanitarna. V. Szczepienie ospy VI. Wykaz (matołków, obłąkanych, ciemnych, głuchoniemych, pijaków). VII. Szkoły. VIII. Domy ubogich. IX. Zakłady przemysłowe. X. Rewizye środków spożywczych. XI. Prostytucya. XII. Postępy asanacyi.

Zarząd zdrowia w Rzeszowie posiada w Ratuszu Biuro sanitarne wraz z pracownią chemiczną do badania środków spożywczych. Już ze spisu rubryk i z wykazów liczbowych wynika dowodnie, że rzeszowski Zarząd zdrowia roztoczył swą opiekę nad wszystkiemi gałęziami życia, mającemi styczność ze zdrowiem publicznem. Na szczególną uwagę zasługuje działalność Zarządu w zakresie szkolnym, a to nie tylko pod względem umieszczenia szkół, lecz i wielokrotnej rewizyi prywatnych mieszkań uczniów, badania zdrowia młodzieży przy rozpoczęciu roku szkolnego, czasowego wykluczenia ze szkoły chorych na jaglicę (12) i inne choroby, nie nadające się do wspólnego obco-

wania. Jeśli to zaopiekowanie się młodzieżą szkolną, tak rozumne i obywatelskie, jest wynikiem ustawy gminnej, to jest ono godne naśladowania przez wszystkie miasta, rządzące się własnym statutem: a jeśli to jest tylko popęd dobrej woli, sumienia zawodowego i społecznego, to rzeszowskiemu Zarządowi zdrowia należy się wdzięczność i uznanie, że ubiegł w tak ważnej sprawie sanitarnej inne miasta nasze, nie wyłączając o ile nam wiadomo i miast stołecznych.

* W liczbie kandydatów na katedrę kliniczną po prof. Pasternackim znajduje się nazwisko Dr. Władysława Janowskiego z Warszawy.

* W parlamencie austryackim uczyniono dwa wnioski, zmierzające do uzdrowotnienia społeczeństwa: posła Heilingera, wzywający rząd do wydania ustawy, zapobiegającej szerzeniu się kiły, oraz posłów: Baernreithera i towarzyszy — również o wydanie ustawy, dla walki z chorobami zakaźnemi.

Wnioski chwalebne i doniosłe: wobec jednak martwoty parlamentu austryackiego przebrzmieją bez echa.

* Deputacya, złożona z rektora wiedeńskiego uniwersytetu i profesorów, po jednym z każdego wydziału, udała się w końcu stycznia do ministrów: spraw wewnętrznych, oświaty i finansów z przedstawieniem, że wskutek zniesienia czesnego dochody profesorskie tak zmalały, że uczeni zagraniczni odrzucają z tego powodu ofiarowane im katedry w uniwersytetach austryackich.

Niezawodnie motywy skarg profesorów wiedeńskich dotyczą tylko uniwersytetów o licznej frekwencyi słuchaczów, a może tylko jednego uniwersytetu wiedeńskiego: jeśli to nasze przypuszczenie jest prawdziwe, to inne uniwersytety powinny się oprzeć wznowieniu czesnego, którego zniesienie przed paru laty uczyniło stosunek słuchacza do profesora o wiele gładszym i etyczniejszym.

* Rząd pruski zamierza doprowadzić wreszcie do określenia ustawowego tytułu »specyalista«. Stać się to ma na podstawie wymaganych i ściśle określonych kwalifikacyj, uprawniających do tego tytułu.

* Prof. Franqué z Würzburga i prof. Bier z Gryfii otrzymali wezwanie: pierwszy na miejsce Sängera do Pragi, drugi na następcę Schedego do Bonn.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień III (18—24—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 49, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 8 (3 zam.), z zapalenia płuc 10, z krztuśca 1, z płonicy 3 z cholery niemowląt 1.

* Między 28—I a 3—II doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Nekrologia. Dr. Jakób Nowak, l. 62, zmarł w Włocławku. Dr. Józef Urbanowicz zmarł w Brańsku.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajni profesorowie wiedeńskiego Uniwersytetu: Urbantschitsch (otyatrya) i Mauthner (okulistyka) mianowani profesorami zwyczajnymi. Doc. pedyatryi w Gracu, Dr Tobeitz, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

* *Od kol. Langiego otrzymujemy następujące pismo:*

»Na wdowę po lekarzu, która obecnie po śmierci męża znajduje się w nader krytycznem położeniu, ofiarowali na moje ręce następujące datki koledzy: prof. Wicherkiewicz 20 K., prof. Korczyński 20, prof. Bujwid 10, prof. K. 20, prof. Pieniążek 10, prof. Łazarski 5, prof. Cybulski 5, L. 4, Krokiewicz 5, C. 2, Schaitter 3, Murdzieński 6, S. 4, Marcisiewicz 4, Mączka 10, Mendelsburg 3, Kwaśnicki 6, N. N. 5, Zanietowski 4, A. B. 4, M. B. 4; prócz tego p. Schaja Neublat, mąż operowanej na oddziale prof. Pieniążka, 40 K., — razem 194 koron.

Dalsze datki na ten cel od Czytelników »Przeglądu lekarskiego«, którzyby chcieli przyjść z pomocą wdowie po naszym koledze, przyjmuję z wdzięcznością«.

Kraków dnia 7 lutego 1903. *Dr. Adam Langie.*

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska* Z. 1. Dieulafoy: Choroby nosa, krtani i oskrzeli.

— *Medycyna* Nr. 5. Rzętkowski: O wpływie silnego pocenia się na skład krwi. Gutowski: Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Sieberowa. Badania i poglądy prof. Marcelego Nenckiego, tyczące się barwika krwi, oraz powinowactwa jego z chlorofilem. Śliwiński: Zaburzenia trawienne, jako przyczyny śmiertelności niemowląt, ich etyologia i podział, oraz dyetetyka ssawców.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5. Pelnář: Pseudoparesa spastická s třesem. Chalupecký: Barevne slyšeni. Hausman: Operativni léčeni rakoviny děložni.

— *La Presse médicale* Nr. 9. Launois: Początki histologii Malpighi (1628—1694). Marandon de Montyel: Pocenie się w porażeniu ogólnem.

— Nr. 10. Debove: Liczne przecięcia nerwów czaszkowych. Hannequin: Rwa żylna u ozdrowieńców po zapaleniu żył. Chorzy na żylaki i neuropaci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Jellinek: Zranienie od pioruna we względzie klinicznym i społecznym. Fuchs: Wczesne rozpoznanie guza nasadki mózgowej. Klein: Przyczynek do wiedzy o aglutyninach i pewnych precypitynach krwi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Stenger: O wartości objawów usznych przy rozpoznawaniu zranień głowy, mianowicie pęknięcia podstawy czaszki. Flatau: Kazuistyczny przyczynek do nauki o początkującym wiądzie rdzenia. Katz: Walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną. Ewald: O durze atypowym (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5. Sultan: Uwagi o przepuklinach podbrzusza. Treupel: Operacyjne leczenie pewnych chorób płucnych. Bickel: Ostry mózgowy bezład *(ataxia)*. Ascoli: Nowe fakty i nowe poglądy w nauce o odżywianiu się. Grober: Dwa osobliwe przypadki odry. Cnopf: O jednym przypadku zakrzepowego zapalenia żył. Mayer: Przypadek zgorzelowego zapalenia gardła. Dreesmann: O merkurolu. Baccarani: O osłuchiwaniu jamy ustnej. Winternitz: O plastycznych środkach pomocniczych, służących do wykładów ginekologii i położnictwa. Braatz: Śrubowy rozwieracz ust. Müller: O uodpornieniu prątka durowego przeciw swoistym aglutyninom.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Wolff: Doświadczenia z opukiwaniem szczytów płócnych metodą Kröniga. Stadelmann: Późne zmiany w mózgu po urazie czaszki. Rosenthal: Etyologia czerwonki. Rille: O pewnej reakcyi rtęciowej, występującej u kiłowych. Füth: Cukrzyca a operacye ginekologiczne (dok.). Wilbert: O wpływie bujania migdałków nadliczbowych na rozwój cielesny i duchowy dzieci.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 18. b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym następujące odczyty: 1) kol. Dr. Lewkowicza: „O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust". 2) kol. Doc. Seńkowskiego: „O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.